

ANDREAS WITTRAHM\*

## ETHISCHE BILDUNG IN GESUNDHEITSSORGE, SEELSORGE, LEHRE UND SOZIALER ARBEIT

(Erhalten: 30. Oktober 2013; angenommen: 24. Februar 2014)

In einer weltanschaulich pluralen Gesellschaft ist der moralische Konsens nicht selbstverständlich. Werte und Normen, Überzeugungen und Haltungen differieren unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Gesundheits- und Sozialwesen, in Unterricht und Seelsorge. Sie stimmen auch immer seltener zwischen den Organisationen in diesen Arbeitsfeldern und ihren Mitarbeitern überein. Nicht zuletzt sind die oft widersprechenden Erwartungen der Klientinnen oder Patienten zu berücksichtigen. In dieser Situation müssen die Mitarbeiterinnen in den Beziehungsberufen, unterstützt von den Trägern ihrer Einrichtungen, lernen, ihre eigenen Moralvorstellungen zu reflektieren und zu begründen und trotz unterschiedlicher moralischer Beurteilungen miteinander verantwortet handeln zu können. Dies bezeichnen wir als „Ethische Bildung“. Solche Ethische Bildung hat eine entwicklungspsychologische Dimension, die im Anschluss an die Arbeiten von L. Kohlberg und F. Oser nachgezeichnet wird. Doch letztlich verlangt Ethische Bildung in den Beziehungsberufen ständiges „training on the job“. Ein Modell für konsensuale ethische Entscheidung hat W. Heffels vorgelegt. Dieses Modell ermöglicht gute Entscheidungen in strittigen Praxissituationen, hilft den Beteiligten bei der Entwicklung ihrer ethischen Kompetenz und kann auch in Aus-, Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden. Ein Überblick über Instrumente der Ethischen Beratung vor Ort schließt diese Einführung in Ethische Bildung in postmoderner Zeit ab.

**Schlüsselbegriffe:** ethische Bildung, moralische Entwicklung, weltanschauliche Pluralität, Wertentwicklung, moralische Dilemmata, Just community, verantwortliches Handeln, ethische Fallbesprechung, moralisches Urteil

**Ethics Training in the Fields of Healthcare, Pastoral Care, Education and Social Work:** In an ideologically diverse society, moral consensus is not self-evident. The values, norms, convictions, and attitudes of those working in healthcare, the social sphere, education, and pastoral care are different. It is also becoming less and less common for the organisations of these work areas and their own colleagues to have identical views. Last but not least, the often contradictory expectations of the clients or patients should also be taken into account. In these situations, the representatives of

<sup>1</sup> Andreas Wittrahm, Caritasverband für das Bistum Aachen, Kapitelstraße 3, D-52066 Aachen; wittrahm@t-online.de.

the relationship sessions, supported by those maintaining their institutions, need to learn to reflect on their own moral conceptions, to justify them, and to reach an agreement with each other. This is what we call 'ethics training'. This ethics training has a developmental psychological aspect too, which we outline based on works by L. Kohlberg and F. Oser. In the case of relationship sessions, however, ethics training needs permanent practising and can be practised in the course of work. The model of consensual ethical decision-making was worked out by W. Heffels. This model facilitates good decisions in disputable practical situations, supports participants in developing their ethical competence, and is applicable in basic and more advanced trainings alike. The introductory phase of the ethics training taking place in a postmodern era is concluded by a review of the toolbar of on-the-spot ethical consultation.

**Keywords:** ethics training, moral development, ideological pluralism, value development, moral dilemmas, Just Community, responsible acting, ethics case discussion, moral judgement

## 1.1. Einleitung

Die Zeiten geschlossener und einheitlicher Weltbilder sind vorbei. Stattdessen lässt – zumindest in den Ländern der nordwestlichen Hemisphäre – die spätmoderne weltanschauliche Pluralität eine Vielfalt von individuellen Werten und Normen zu. So gibt es kaum noch Lebensbereiche, Institutionen oder Organisationen, die auf eine einheitliche Moral zurückgreifen können (BECKERS & WITTRAHM 1993). Folglich häufen sich besonders in den Einrichtungen der Gesundheitshilfe, in den sozialen Diensten, aber auch in der Pädagogik und in der Seelsorge die moralisch strittigen Fälle. Die Handelnden müssen dann miteinander ausmachen, wie in solchen Konfliktfällen zu entscheiden ist. Sie müssen ihre eigenen Moralvorstellungen reflektieren, mit der Moralität der Patienten bzw. Klienten sowie Kolleginnen abgleichen und zu den jeweiligen Regeln der Gesellschaft und der einzelnen Einrichtung (Krankenhaus, Kinderheim, Schule etc.) in Beziehung setzen<sup>1</sup>. Sodann müssen sie sich für eine Handlungsoption entscheiden und zu den Konsequenzen ihrer Entscheidung stehen. Das setzt voraus, dass sie ethisch denken und argumentieren können. In einer Zeit, in der die öffentliche ebenso wie die persönliche Moral zugleich zurückzugehen und an Komplexität zuzunehmen scheint, gewinnt die moralische und die ethische Qualifikation der Handelnden in den Beziehungsberufen<sup>2</sup> immer mehr

<sup>1</sup> In der Moralphilosophie, in der Moralphychologie und auch in den Schriften zur Ethik werden die zentralen Begriffe nicht einheitlich verwendet. Für den vorliegenden Aufsatz sollen folgende Definitionen gelten: Moral bezeichnet die anerkannten Regeln des Miteinanders in einer Gruppe, einer Gemeinschaft, Gesellschaft oder Körperschaft. Sie fußt auf Überlieferung, Sitte, Konvention sowie Gesetzen. Moralität beschreibt die individuellen Vorstellungen vom guten Leben und rechten Handeln und drückt sich in Ansichten, Einstellungen und Haltungen aus. Von Ethik (s.u.) ist hier die Rede, wenn es um den Prozess des Nachdenkens über Moral und Moralität mit guten Gründen geht.

<sup>2</sup> Der vorliegende Aufsatz geht davon aus, dass die moralischen Ansprüche und Konflikte ebenso wie die ethischen Fragen für Menschen, die im Bereich der Gesundheitsversorgung, der Sozialen Arbeit, des Bildungswesens und schließlich sogar der Seelsorge tätig sind, einander ähneln. Ihr zentrales Element bildet das „kommunikative Handeln“ (WITTRAHM 1994) zur Gestaltung einer entwicklungsorientierten Beziehung. Dabei geht es in ethischer Perspektive stets um die Frage, wie die „Behandler“ bzw. Lehrer ihren Patienten,

an Bedeutung. So ist es notwendig, sich darüber Gedanken zu machen, wie Frauen und Männer in diesen Professionen Moral und vor allem Ethik lernen. Weil das zunächst einmal Sache der sich entwickelnden Individuen ist, sind im folgenden Aufsatz vorrangig die entwicklungspsychologischen Voraussetzungen darzustellen. Allerdings zeigt der Durchgang durch die Moralpsychologie, dass die Entwicklung des Werte- und Normbewusstseins sowie der Fähigkeit zur ethischen Reflexion und zum moralischen kommunikativen Handeln durch einen Kreislauf von Tun *und* Reflektieren gefördert wird (OSER & ALTHOF 1992). Dieser Zirkel wirkt besonders effektiv in „moralischen Organisationen“, d.h. in Einrichtungen, in denen moralbegründetes Handeln der Einzelnen einerseits und reguläre Instrumente und Prozesse der ethischen Reflexion andererseits unterstützt werden (WITTRAHM 2010). Ethische Bildung *für* den Beziehungsberuf und ethische Weiterbildung *im* Beruf geschehen, wenn die sich entwickelnde Person erfährt, dass sie moralische Anforderungen an ihre Tätigkeit mithilfe ethischer Beratung zu lösen vermag. Dieser komplexe Vorgang soll zunächst mithilfe zweier einführender Beispiele veranschaulicht werden.

## 1.2. Zwei Beispiele zur Einführung

### 1.2.1. Beispiel 1

*In einem Krankenhaus liegt Herr G., 82 Jahre alt. Er hat in den vergangenen Jahren Herz-Kreislauf-Probleme entwickelt, bleibt im Bett liegen, wenn er nicht von Pflegerinnen mobilisiert wird, und ist dauerhaft zeitlich und örtlich desorientiert. Seine Frau Gerda, 79 Jahre, erkennt er noch. Sie wurde als Betreuerin in den Bereichen Finanzen, Aufenthaltsbestimmung und Gesundheitspflege bestimmt. Aktuell wurde Herr G. ins Krankenhaus eingewiesen, weil er keine feste Nahrung und viel zu wenig Flüssigkeit zu sich nimmt. Der behandelnde Arzt auf der internistischen Station hält eine fixierte Magensonde durch die Bauchdecke zur Gewährleistung der Ernährung für geboten. Die Ehefrau verweigert jedoch als Betreuerin mit Hinweis auf den mutmaßlichen Willen ihres Mannes die für diesen Eingriff notwendige Einwilligung. Sie wird in dieser Einschätzung von der Mehrheit der Schwestern und dem Seelsorger unterstützt. Gerda ist davon überzeugt, dass ihr Mann mit einer solchen Sonde, die eine Verlängerung seines Leidens bedeutete, nicht einverstanden wäre. Bevor man nun den Betreuungsrichter um eine Entscheidung anruft, bittet der behandelnde Arzt um eine ethische Fallbesprechung. So könne im geregelten Gespräch geklärt werden, ob sich die Verantwortlichen (hier der Arzt und die Ehefrau) aufgrund einer*

Klienten oder Schülerinnen angesichts widersprüchlicher Anforderungen gerecht werden können (WITTRAHM 2013b). Darum sollen diese Berufe, die ja über die Kategorie der „Gesundheits-“, der „Sozial-“ oder auch „helfenden“ Berufe hinausgehen, hier als „Beziehungsberufe“ zusammengefasst werden. Um der Lesbarkeit willen werden darüber hinaus auch nicht stets beide Geschlechter im Text benannt werden. Wo es nicht ausdrücklich anders vermerkt ist, meint der Terminus „Beziehungsberufe“ prinzipiell alle vier Berufsgruppen sowie Männer und Frauen gleichermaßen.

*guten Beratung nicht doch auf eine gemeinsame Entscheidung im Sinne des mutmaßlichen Willens und des Wohles von Herrn G. einigen können. Der behandelnde Arzt, die Ehefrau und Betreuerin, die leitende Schwester der Station, eine Klinik-Sozialarbeiterin und der Seelsorger kommen zu einer ethischen Fallbesprechung zusammen, die von einem Mitglied des Klinischen Ethikkomitees moderiert wird.*

### **1.2.2. Beispiel 2**

*Szenenwechsel: Frau T. leitet als Sozialarbeiterin eine Einrichtung für Menschen ohne Wohnung. In dieser Einrichtung lebt – schon länger als vorgesehen, denn eigentlich handelt es sich um eine Übergangseinrichtung – Paul K., 45 Jahre, erwerbsunfähig. Paul ist schwer suchtkrank und aufgrund des langjährigen Alkoholmissbrauchs psychisch behindert. Er hat kein Zuhause – außer der Einrichtung, in der er lebt -, und keine bekannten Angehörigen. Eine Studentin der Sozialarbeit leistet in diesem Haus ein längeres Praktikum ab und ist nicht zufrieden damit, dass Paul dort einfach lebt, ohne dass Maßnahmen zu seiner Rehabilitation eingeleitet werden. Sie fragt an, ob Paul nicht in eine Spezialeinrichtung zur Alkoholtherapie verbracht werden müsste (solche Therapien hat er schon mehrfach abgebrochen) oder in ein Langzeitheim. Dort könnte zumindest sein Alkohol-Konsum kontrolliert werden und man könnte ihm eine Tagesstrukturierung anbieten und ihn also insgesamt besser behandeln. Außerdem blockiere er hier im Übergangwohnheim einen Platz für Menschen, die akut ein Dach über dem Kopf brauchten. Die Sozialarbeiterin T. argumentiert dagegen, dass sie Paul in diesem Übergangsheim genau die Umgebung anbieten könne, die ihm gemäß sei: Er müsse nicht auf der Straße leben und dürfe selbst bestimmen, wie er den Tag verbringe (meist mit Fernsehen, ab und zu mit kleinen Dienstleistungen und Reparaturen im Haus, aber immer mit genügend Bier). Angesichts der Alkohol-Abhängigkeit könne doch von Selbstständigkeit keine Rede sein, kontert die Praktikantin, und beide suchen nach Kriterien, um zu entscheiden, ob Frau T. nun richtig handelt, indem sie für Paul eine solche Nische aufrechterhält. Die beiden wenden sich mit der Bitte um Klärung an das Ethik-Komitee des Trägers der Einrichtung.*

## **2. Warum Ethik**

Die Frage nach dem guten Leben beschäftigt die Menschen mindestens so lange, wie wir schriftliche Aufzeichnungen aus der griechischen Philosophie (MACINTYRE 1984, 13–106) und religiöse Urkunden wie etwa das Alte Testament (MACINTYRE 1984, 107–16; WOLFF 1984) kennen. Über die Frage nach dem gerechten Handeln des Einzelnen wie auch nach gerechten Strukturen und Regeln in Gemeinschaften wird seit der Zeit diskutiert, seit der sich Menschen in Gesellschaften zusammenfanden und ihr Zusammenleben nach einsehbaren Regeln gestalteten. In der Spät-

moderne<sup>3</sup> haben solche Fragen besonders für das berufliche Handeln von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Beziehungsberufen ganz neue Relevanz und deutlich verschärfte Brisanz gewonnen. Es sind viele soziale Berufe entstanden, etwa Sozialarbeiterinnen und Psychotherapeuten, die den Handelnden mit dem Auftrag der Fürsorge zugleich auch eine ganz neue Macht über ihre Klientinnen geben (vgl. Beispiel 2, FOUCAULT 1994). Auch Seelsorger geraten immer wieder in die Gefahr, sich weniger um das Heil der sich ihnen anvertrauenden Menschen als um ihre Disziplinierung zu kümmern (WITTRAHM 2001, bes. 36–55). Für die Gesundheitsberufe wiederum haben sich die Handlungsspielräume am Lebensanfang und am Lebensende aufgrund der wissenschaftlichen und technischen Entwicklung erweitert. Damit verbundenen sind neue Fragen entstanden, ob das Mögliche auch immer dem Guten entspricht (vgl. Beispiel 1). Die Beziehungen zwischen den Handelnden im Sozial- und Gesundheitswesen und ihren Klienten haben ebenfalls an Komplexität zugenommen. Denn Klienten, Patienten oder Schüler erhalten eindeutig formulierte und einklagbare Rechte (etwa Kinder und Jugendliche in der UN-Kinderkonvention oder Menschen mit Behinderungen in der UN-Behindertenkonvention<sup>4</sup>) und sind der Expertise und der Autorität ihrer Behandler nicht mehr wehrlos ausgeliefert. Darüber hinaus bewegen sich Handelnde und Behandelte im Sozial- und Gesundheitswesen, Lehrer und Schüler, sogar Seelsorger und Gläubige in der pluralen, spätmodernen Gesellschaft nicht mehr selbstverständlich in einem identischen weltanschaulichen Kontext mit von allen fraglos geteilten gemeinsamen Werten und Normen.

Noch weit bis ins 20. Jahrhundert galten etwa im katholischen Krankenhaus selbstverständlich katholische Moralprinzipien; in einer sozialistischen Bildungseinrichtung war eine sozialistische Moral unbestritten, in der Sozialarbeit ebenso wie in der Seelsorge waren patriarchale Vorstellungen vom rechten Weg für die hilfebedürftigen Kinder, Jugendlichen, in Not geratenen Erwachsenen selbstverständlich (vgl. die Position der Praktikantin im Beispiel 2, vgl. WITTRAHM 2001, 22–31). Die Klienten in der traditionellen und modernen Welt erkannten die Expertenschaft der Fachleute unbefragt an. Vor allem bestand unter den Handelnden und Behandelten ein – unausgesprochener – Konsens, was zu tun oder auch zu lassen war (bezogen auf Beispiel 1: Der Arzt verfügte die angezeigte Behandlung und der Patient und seine Angehörigen fügten sich!). In der Gegenwart dagegen arbeiten im katholischen, erst recht im konfessionsneutralen Krankenhaus oder Kinderheim Menschen unterschiedlicher Konfessionen. Auch in den weltanschaulich gebundenen Bildungseinrichtungen finden sich Mitarbeiterinnen mit sehr unterschiedlichen Wertvorstellungen und Differenzen im Normbewusstsein. Erziehungsprinzipien sowie Ziele und Modelle „fürsorgenden“ sozialarbeiterischen Handelns werden wissenschaftlich und

<sup>3</sup> Zum hier verwendeten Begriff der Post- oder Spätmoderne mit den konstitutiven Elementen der Enttraditionalisierung der Gesellschaft, der Individualisierung und der Pluralisierung der Werte vgl. DENZ (1993) und WITTRAHM (2001).

<sup>4</sup> Diese Rechte sind etwa mit universalem Anspruch in der UN-Kinderrechtskonvention von 1989 oder in der UN-Konvention für die Rechte von Menschen mit Behinderungen von 2006 formuliert und aufgrund der Ratifizierung in vielen Ländern der Erde 1990 bzw. 2008 in Kraft getreten.

bis in die breite Öffentlichkeit kontrovers diskutiert (*Pastorale Macht: Foucaults Auseinandersetzung mit dem Christentum* 1995). Sogar Seelsorge-Beziehungen müssen theoretisch begründet und evaluiert werden (NAUER 2001, WITTRAHM 2001). Vor allem aber sind in der Gegenwart die Vorstellungen der Klientinnen (die ja vielfach schon als „Kunden“ bezeichnet werden) von Gesundheit und gutem Leben, von angemessener Behandlung, Respekt und Transparenz grundsätzlich zu berücksichtigen.

Jedoch lässt sich in allen Beziehungsberufen die Frage nach dem guten Handeln weder ausschließlich aus der jeweiligen Fachwissenschaft noch einfach aus den Ansprüchen der Klienten beantworten. Wenn dies aber nicht möglich ist und andererseits eine von allen Beteiligten und Betroffenen geteilte und für alle verbindliche Moral nicht mehr existiert, dann müssen die Angehörigen der genannten Berufe generell eine zusätzliche Kompetenz entwickeln: Sie benötigen die Fähigkeit, sich über die Leitvorstellungen ihres Handelns auszutauschen und sich mit den Kolleginnen sowie mit den Klientinnen situations- und fallbezogen über das bestmögliche Handeln zu verständigen.

Zusammengefasst: Weil „traditionelle“ Werte in der modernen Welt nicht mehr unbestreitbar gelten, und weil Wissenschaft und Technik in vielen Bereichen scheinbar unbeschränkte Handlungs- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen, gilt das, was im Sozial- und Gesundheitswesen, im Bildungs- und Seelsorgewesen *möglich* ist oder *immer so gemacht wurde*, nicht mehr automatisch als das Gute oder als das zweifelsfrei Gesollte. Weil in der weltanschaulich pluralen Gesellschaft wiederum weder zwischen Handelnden und Klienten noch innerhalb der Behandler-Teams der Konsens über das richtige oder gar das gute Handeln vorauszusetzen ist, brauchen Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie in Pädagogik und Seelsorge Mitarbeiter/innen, die sich über das gute Handeln verständigen können. Weil schließlich solche Verständigungen nicht en passant erfolgen können, brauchen diese Einrichtungen Strukturen und Prozesse, nach denen ein solcher Konsens für den Normalfall gemeinsam erarbeitet und im Konfliktfall aktuell hergestellt werden kann. In der Konsequenz gehören Leitbilder, ethische Leitlinien und ethische Beratungsverfahren zu den Qualitätsmerkmalen dieser Einrichtungen. Deshalb haben sie mittlerweile sogar Eingang in die Zertifizierungskataloge<sup>5</sup> gefunden, mit deren Hilfe die Qualität in vielen Bereichen im Gesundheits- und Sozialwesen überprüft und bescheinigt werden soll.

### 3. Von der Moral zur Ethik – eine entwicklungspsychologische Skizze

Wo das Zusammenleben funktionieren soll, braucht es (gemeinsame) „Vorstellungen über das Richtige und das Gute, die Handlungen faktisch leiten“ (KRUIP & WINKLER

<sup>5</sup> Im Zertifizierungskatalog für Krankenhäuser der *Kooperation für Transparenz im Gesundheitswesen* (KTQ) wird etwa in der Prüfkategorie 5 (Führung) das Kernkriterium 5.1.3 „Erfüllung ethischer Aufgaben“ aufgeführt.

2007, 4). Diese Vorstellungen beziehen sich auf Werte (etwa Wahrhaftigkeit, Würde) und Normen (z.B. Unversehrtheit des Lebens, Schutz des Eigentums, Pflicht zur Behandlung unabhängig von persönlichen Attributen, vgl. WITTRAHM 1994), die in einer Gemeinschaft geteilt, von den Mitgliedern der Gemeinschaft oder Gesellschaft übernommen und in Werturteile und Verhalten umgesetzt werden. Sie bilden die Moral dieser Gemeinschaft oder Gesellschaft. In einer freiheitlichen und pluralen Gesellschaft gelten allerdings viele moralische Werte und Normen nicht mehr selbstverständlich und unbestritten. Folglich nehmen die Unterschiede in der moralischen Beurteilung einer Situation zwischen den Beteiligten rapide zu:

*Im Beispiel 1 will etwa die Ehefrau G. dem (mutmaßlichen) Willen ihres Ehemannes folgen, während der Arzt sich vor allem dem Lebenserhalt seines Patienten verpflichtet sieht. Im Beispiel 2 wiederum interpretieren die beiden Kolleginnen die Verpflichtung zur Fürsorge gegenüber dem sich einer bürgerlichen Existenz verweigernden Paul unterschiedlich: Die Praktikantin will Paul mit Druck zur Veränderung zwingen, während die Sozialarbeiterin ihn seinen aktuellen Vorstellungen gemäß leben lassen will.*

Es stellt sich also zunehmend die Frage nach der Begründung, nach den Geltungsbedingungen und nach der Reichweite von Anforderungen an das gute Handeln. Moralische Urteile müssen auch im Alltag der Reflexion zugänglich werden. Dies ist nicht nur eine Sache wissenschaftlicher Diskussion. Vielmehr sieht sich jedes Mitglied einer Organisation, jeder Bürger einer Gesellschaft, letztlich jeder Mensch in der Weltgemeinschaft zunehmend mit solchen Begründungsanforderungen hinsichtlich seiner Wertungen und – dahinterliegend – bezüglich der moralischen Grundlagen seines Handelns konfrontiert. Sie oder er muss darüber hinaus in der Lage sein, die Gründe seines Gegenübers zu verstehen und zu den eigenen Argumenten ins Verhältnis setzen zu können. Schließlich ist die Fähigkeit zur Verständigung angesichts unterschiedlicher moralischer Beurteilung einer Situation gefordert. Das Nachdenken darüber, wie moralische Urteile und die Bereitschaft zum moralischen Handeln (oder die Verweigerung desselben) entstehen und die Suche nach den Voraussetzungen, der Begründung und den Geltungsbedingungen moralischer Urteile sind die zentralen Aufgaben der Ethik.

Wer beruflich für die Gesundheit, für das Wohlergehen oder die Entwicklung und Bildung anderer Menschen Verantwortung übernimmt, muss – so die These der vorliegenden Untersuchung –, die moralischen Bedingungen seines Handelns kennen und darüber hinaus Wege der ethischen Reflexion für sich selbst und in der Begegnung mit anderen beschreiten können. Hinzu kommt die Bereitschaft, die Ergebnisse solcher Reflexionen anzuerkennen und zur Grundlage des gemeinsamen Handelns zu machen.

Die Fähigkeit zu solcher Erkenntnis und solchem Urteil braucht zunächst Lebenserfahrung. Darüber hinaus gehört eine Umwelt dazu, die von dem gemeinsamen Bemühen um moralische Sensibilität und Klarheit geprägt ist. Eine moralisch förderliche Umwelt zeichnet sich durch die regelmäßige Übung ethischer Reflexions- und Diskussionsfähigkeit aus. Vor allem aber gehört zu einer solchen Umgebung der

Spielraum für alle Beteiligten, gemäß den Leitlinien, die man gemeinsam erkannt hat, handeln zu können.

Lawrence KOHLBERG in den USA (1995) und der Schweizer Pädagoge und Entwicklungspsychologe Fritz Oser (OSER & ALTHOF 1992) in Europa haben in den 70er bis 90er-Jahren umfassende entwicklungspsychologische und moralpädagogische Studien vorgelegt, um die Wege und die Bedingungen der individuellen Moralentwicklung sowie der Fähigkeit zur ethischen Begründung dieser Moral zu beschreiben und zu erklären. Fünf zentrale Konzepte des Modells von Kohlberg und Oser, die für die Entwicklung bzw. Förderung des moralischen Urteils von zentraler Bedeutung sind, sollen hier referiert werden. Denn auch nach ca. 30 Jahren darf der Ansatz immer noch für sich beanspruchen, wesentliche Grundlagen für das Verständnis der Förderung moralischer Urteilsbildung und des moralischen Handelns im Lebenslauf gelegt zu haben.<sup>6</sup>

### **3.1. Das moralische Urteil entwickelt sich in *Stufen* und misst sich am Kriterium der universalen Gerechtigkeit (OSER & ALTHOF 1992, 35–86)**

Zunächst, da schließt sich Lawrence Kohlberg seinem entwicklungspsychologischen Lehrer Jean Piaget an, bedarf die moralische Entwicklung einiger wichtiger *kognitiver* Voraussetzungen: Menschen müssen den kindlichen Egozentrismus überwinden und sich in die Situation ihres Gegenübers versetzen können. Sie brauchen die Fähigkeit, über den Rand der aktuellen Handlungssituation hinausdenken und ihr eigenes Handeln ebenso wie das ihrer Mitmenschen an übergeordneten Maßstäben messen zu können. Sodann müssen sie in der Lage sein, probenhalber verschiedenste Möglichkeiten ihres Handelns und seiner Folgen durchzudenken. Schließlich – hier erweitert die jüngste empirische Forschung den Ansatz von Kohlberg – müssen sie die Motivation ausbilden, das als gut Erkannte auch zu wollen und vor allem die Mittel erwerben, es im Handeln tatsächlich umzusetzen (NUNNER-WINKLER 2012, 531–35). Die Entwicklung aller dieser Fähigkeiten geschieht – gemäß der strukturgegenetischen Theorie nach Piaget – in beobachtbaren, sequenziellen und lose alterskorrelierten Stufen (vgl. *Tabelle 1*). Der Stufenfortschritt erfolgt nicht zwangsläufig, sondern muss durch geeignete Erfahrungen und Übungen angestoßen bzw. gefördert werden. Diese können wiederum dann wirksam werden, wenn die kognitive und emotionale Disposition der sich entwickelnden Individuen entsprechend vorbereitet ist.

Sehr komplex stellt sich die Frage nach dem *Ziel* der moralischen Entwicklung dar: Während klassische endogenistische Konzepte die Ziel- und Endpunkte der gesamten bio-psychischen Entwicklung des Menschen bereits in der genetischen Disposition grundgelegt sehen, behaupten die lerntheoretischen Modelle eine vollstän-

<sup>6</sup> Im Wesentlichen wird – nach umfassender Diskussion in den vergangenen beiden Jahrzehnten – der Ansatz von Kohlberg noch immer als integrierende Megatheorie der Moralentwicklung akzeptiert, wenn auch Ausdifferenzierungen bereits erfolgt sind und weiter erarbeitet werden müssen (vgl. NUNNER-WINKLER 2012, 535; KRETTENAUER & MONTADA 2005, 181).



dige Abhängigkeit von äußeren – gesellschaftlichen – Einflüssen (MONTADA et al. 2012, 32–35). Kohlberg und Oser erarbeiten eine Zwischenposition: Neuropsychologische und identitätspsychologische Entwicklungsfortschritte bilden die Voraussetzung für eine zunehmende Reversibilität und Universalität des Denkens. Aus dem Zusammenspiel dieser Kompetenzfortschritte einerseits und den Erfahrungen mit der Lösung moralischer Probleme andererseits resultiert wiederum die Fähigkeit zur immer differenzierteren ethischen Argumentation. Die normative Ausrichtung der Entwicklung des Moralischen Urteils entlehnen Kohlberg und Oser dem Konzept der Idealen Diskursgemeinschaft nach Karl Otto Apel: Hier bildet die Orientierung an einer universalen Gerechtigkeit das Ziel der moralischen Entwicklung (APEL et al. 1984). Unter Berücksichtigung dieser Grundlagen entwickeln die Autoren in einem hermeneutischen Zirkel zwischen empirischer Beobachtung und normativer Setzung das bekannte Modell der drei Ebenen bzw. fünf Stufen des Moralischen Urteils (nach OSER & ALTHOF 1992, 54):

---

I. Vorkonventionelle Ebene	1) Lohn und Strafe	„Gerecht ist, was mir gut tut bzw. nicht schadet“
	2) Wie du mir, so ich dir	Gerecht ist, was wir beide aushandeln
II. Konventionelle Ebene	3) Was du nicht willst, das man dir tu’, das füg’ auch keinem andern zu	Gerecht ist, worauf wir uns in unserer Gruppe einigen
	4) Alle sind vor dem Gesetz gleich und ihnen eignen die gleichen Rechte und Pflichten	Gerecht ist, was den legitim zustande gekommenen Gesetzen entspricht
III. Nachkonventionelle Ebene	5) Universale ethische Prinzipien sorgen dafür, dass jeder Mensch zu jeder Zeit an jedem Ort die ihm prinzipiell qua Menschsein zukommenden Rechte in Anspruch nehmen kann.	Gerecht ist, was der voll-umfänglichen Anwendungen der universalen Menschenrechte für alle Menschen (Lebewesen) entspricht

---

*Abbildung 1*

Modell der drei Ebenen bzw. fünf Stufen des Moralischen Urteils

Jede höhere Stufe soll sich von der vorhergehenden dadurch unterscheiden, dass das sich entwickelnde Individuum sich differenzierter in die Bedürfnisse und die Wertewelt seiner Interaktionspartner hineinversetzen kann (emotional-kognitiver

Kompetenzfortschritt) und dass der Kreis derer, denen das Individuum in seinem Denken und Handeln gerecht werden will (Universalisierung), weiter gezogen wird.

### 3.2. Voraussetzungen und Instrumente der Förderung der moralischen Urteilskraft: Der „Gerechtigkeitsorientierte Kontext“ (*Just community*) und die „*Plus-eins-Konvention*“ (OSER & ALTHOF 1992, 102–23; 337–94)

Lawrence Kohlberg entwickelte sein Modell mit pädagogischem Anspruch. Ihn interessierte also die Frage, wie eine Weiterentwicklung der ethischen Urteilsfähigkeit und des moralbasierten Handelns entsprechend dem obigen Stufenschema in Bildungsprozessen angestoßen werden könnte. Denn in der empirischen Überprüfung seines Stufenmodells mithilfe des „Moral-Judgement-Interviews“ (OSER & ALTHOF 1992, 171–76) zeigte sich, dass zwar Menschen auf allen Stufen der moralischen Urteilsfähigkeit anzutreffen waren. Aber die Korrelation zwischen Stufenfortschritt und Lebensalter ließ sich für die unteren Stufen nur schwach und für die Stufen vier und fünf gar nicht bestätigen. Beide Stufen (insbesondere die postkonventionelle Stufe fünf) waren nur bei wenigen Menschen anzutreffen und schienen eher dem Bildungsniveau als dem Lebensalter geschuldet.

Darum entwarf Kohlberg ein Verfahren zur Anregung des Stufenfortschritts: Er konstruierte verschiedene moralische Dilemma-Situationen und ließ die Teilnehmenden an seinen Moral-Kursen über das richtige Verhalten in diesen Dilemma-Situationen diskutieren. Bedeutsam war dabei nicht, wie die Probanden sich in den einzelnen Dilemmata *entschieden*, sondern wie sie ihre Entscheidungen *begründeten*. Denn anhand der Begründungsmuster moralischer Urteile ließen sich die Entwicklungsfortschritte abbilden, die allmählich zum Erreichen der nächsten Stufe führten. Als verantwortlich für die veränderten (fortgeschrittenen) Begründungen wiederum stellte sich eine Kombination aus Modell- und Einsichtslernen heraus: Die Teilnehmenden übernahmen allmählich die Argumentationsmuster von denjenigen Mitdiskutanten, die sich in der jeweiligen Gruppe der Begründungen der höheren Stufen bedienten. Also sorgte Kohlberg künftig dafür, dass in Kursen, die der moralischen Weiterbildung dienen sollten, stets mindestens ein Teilnehmer auf der nächsthöheren Stufe argumentierte als die am weitesten fortgeschrittenen Schüler/innen (*Plus-eins-Konvention*). Diese methodische Übung führte dazu, dass im Durchschnitt pro Kurs Kompetenzzuwächse von einer halben bis einer Stufe erreicht werden konnten.

Allerdings waren die Resultate nicht nachhaltig: Follow-up-Tests nach etwa sechs Monaten konnten nur noch geringe Effekte nachweisen. Noch stärker irritierte Kohlberg, dass der Kompetenzzuwachs im moralischen *Urteil* keinerlei Effekte auf das *Verhalten* der Probanden auszuüben schien: Außerhalb des Unterrichts stritten, beschimpften und schlugen sich die Teilnehmerinnen, als ob sie nie an Kursen zur Steigerung ihrer moralischen Urteilsfähigkeit teilgenommen hätten.

Fritz Oser erweitert darum das Konzept um eine entscheidende Komponente: Er verlegt die ethische Reflexion zur Lösung moralischer Dilemmata unmittelbar

in die Lebenswelt der Lernenden, statt mit fiktiven Beispielen zu arbeiten. Er lässt die Lernenden über ihre aktuellen Wert- und Normkonflikte und über die moralischen Regeln ihres Zusammenlebens diskutieren und entscheiden. Sie erleben also unmittelbare Auswirkungen auf ihr weiteres Zusammenleben, aber ebenso auf die gemeinsam zu bewältigenden Aufgaben. Das funktioniert allerdings nur dort, wo Jugendliche, junge oder ältere Erwachsene ausreichend Zeit miteinander verbringen und individuelle sowie gemeinschaftliche Ziele miteinander erreichen wollen. In solchen „gerechtigkeitsorientierten Umwelten“ („*Just community*“ nach Kohlberg) gelingt es, das moralische Urteil, seine ethische Begründung und die daran orientierten Verhaltenskonsequenzen langfristig zu verbessern.

### **3.3 „Das bessere Argument“ trägt entscheidend zur Entwicklung des moralischen Urteils bei (OSER & ALTHOF 1992, 345–53; 405–15)**

Das entscheidende Mittel, um gemeinsam die bestmögliche Entscheidung in moralischen Konfliktsituationen zu finden, ist das „bessere Argument“. Neben der „universalen Gerechtigkeit“ präsentieren Kohlberg und Oser die „Vernunft“, näherhin die Fähigkeit zum überzeugenden Argumentieren und – wichtiger noch – die Bereitschaft, das bessere Argument anzuerkennen, als die zweite Leitkategorie moralischer Entwicklung bzw. ethischer Erziehung.

Dem Ansatz ist zu Recht vorgeworfen worden, dass er die kognitive Seite der Moralentwicklung überbetont. Er lässt sich jedoch – wie die verschiedenen Projekte insbesondere zur Realisierung der *Just community* deutlich machen – (vgl. OSER & ALTHOF 1992, 345–78, WITTRAHM 1996) um emotionale, motivationale und vor allem handlungsbezogene Faktoren erweitern. Denn auch das als „gut“ *eingesehene* Werten, Urteilen und Handeln muss (immer wieder) *ingeübt* werden und damit ins selbstverständliche Handlungsrepertoire eingehen, um letztlich in kritischen Situationen zur Verfügung zu stehen.

Es bleibt festzuhalten, dass folgende Faktoren aus dem Kohlberg-Oser-Ansatz letztlich unbestritten in jedem Konzept zur Förderung der moralischen Urteils-, Begründungs- und Handlungsfähigkeit zu beachten sind:

Die Fähigkeit zum moralischen Urteil entwickelt sich im Lebenslauf – aber nicht von selbst – und setzt kognitive Entwicklungsfortschritte voraus. Sie verkümmert, wenn sie nicht durch geeignete Entwicklungsimpulse in Bewegung gehalten wird. Diese Impulse entstehen aus der Beschäftigung mit relevanten moralischen Konflikten und deren kommunikativer Bewältigung in einer Umgebung, die von Streben nach universaler Gerechtigkeit, Gelegenheit zum offenen Diskurs und Notwendigkeit zum entsprechenden Handeln geprägt ist. Moralische Urteilsfähigkeit und sicheres Handeln werden also vor allem durch Tun in moralisch relevanten Situationen, durch gemeinschaftliche Reflexion dieses Tuns und Ausprobieren der Alternativen gelernt.

#### 4. Entwicklung moralischer Urteils- und ethischer Reflexionsfähigkeit in der Praxis „Verantwortlichen Handelns“ (HEFFELS 2007, 9)

Moralische Urteils- und ethische Reflexionskompetenz, so lautet der Ertrag der Auseinandersetzung mit den moralpsychologischen Arbeiten von Kohlberg und Oser, setzt individuelle kognitive motivationale Entwicklungsprozesse voraus, erschöpft sich aber nicht darin. Vor allem ergeben sich diese Kompetenzen nicht von selbst. Beides ist zu beachten, wenn solche moralischen und ethischen Fähigkeiten durch Bildungsprozesse erweitert werden sollen. Ethische Urteilskompetenz braucht

- Wissen um Regeln und Normen, das im Zuge der Sozialisation erworben und durch Unterricht erweitert werden kann,
- Wertüberzeugungen, die sich teils in der Identifikation, teils auch in der Distanzierung zu Bezugsgruppen wie Familie, Peer-Group, Gemeinschaft, Gesellschaft und Kultur herausbilden,
- Empathie in die Gedanken-, Bedürfnis- und Wertewelt anderer Menschen, die durch Gelegenheiten zur Rollenübernahme und zum Probehandeln in anderen Rollen gefördert wird,
- Bereitschaft und das Vermögen zur Präsentation und Darstellung der eigenen Position und zum Verstehen anderer Einschätzungen, schließlich
- die Fähigkeit zur Kompromissbildung, die wiederum eine wachsende Bereitschaft zum Umgang mit offenen und widersprüchlichen Situationen, von KEUPP (1999) als Ambiguitätstoleranz bezeichnet, verlangt.

Das alles lässt sich keinesfalls ausschließlich durch Einsichtslernen, durch Assoziationslernen oder Lernen am Erfolg aufbauen. Eine viel größere Rolle nehmen im Lernen von moralischem Urteil und ethischer Reflexion die gelebte Praxis und die Auseinandersetzung mit Modellen ein (vgl. WITTRAHM 1996). Darum kommt es vor allem darauf an, entsprechende Bildungsprozesse in den Beziehungsberufen in den Rahmen der täglichen Arbeit zu integrieren.

Bleibt die Frage zu klären, ob moralische Konflikte in der spätmodernen pluralen Gesellschaft überhaupt noch inhaltlich mit Bezug auf gemeinsame Werte oder ausschließlich verfahrensethisch behandelt werden können. Kohlberg und Oser orientieren sich in erster Linie an der personalen Kompetenz zur ethischen Argumentationsfähigkeit und richten diese an der Idee der universalen Gerechtigkeit aus. Doch sind in den alltäglichen Entscheidungen insbesondere in den sozialen, humanen und pädagogischen Berufen viele weitere Bezugsgrößen zu bedenken. Die Bedürftigkeit eines Klienten etwa, die Werte einer Institution oder der dort handelnden Personen, die Pflichten verschiedener Berufsgruppen, die Gesinnungen bestimmter Gemeinschaften, nicht zuletzt die Folgen des Handelns für den Einzelnen und die Gemeinschaft. Kurz: In der postmodernen Gesellschaft wird nicht ein „moralisches Vakuum“ zum Problem. Wohl wird diese Gesellschaft geprägt durch ein Nebeneinander vieler moralischer Konzepte, ob eher deontologisch, konsequentialistisch oder diskur-

sethisch ausgerichtet, ob mit oder ohne transzendente Letztbegründung ausgestattet. Keines dieser Konzepte kann jedoch eindeutig präferiert oder gar verordnet werden.

Einen hilfreichen Ansatz, diese verschiedenen moralischen Traditionen, Denk- und Argumentationsweisen sowie Einstellungen unter den Leitkategorien des glückenden Lebens und der Verantwortung in einer verständigungsfähigen und handhabbaren Prozedur zusammenzuführen, stammt von HEFFELS (2007). Er legt einen Algorithmus zur Entdeckung und ethischen Prüfung von Handlungsoptionen in moralischen Dilemmata vor, der einerseits in der unmittelbaren Arbeit zu hilfreichen Ergebnissen führt. Andererseits spricht das von ihm vorgeschlagene Procedere alle die oben im Anschluss an Kohlberg und Oser herausgearbeiteten kognitiven, emotionalen und kommunikativen Kompetenzen an und ermöglicht so das Training und die Weiterentwicklung dieser Kompetenzen im alltäglichen Vollzug. Darüber hinaus setzen wir das Konzept auch direkt zu Aus- und Weiterbildungszwecken ein.

Heffels geht vom „verantwortlichen Handeln“ als bewusstem Tun oder Lassen, zu dem man sich – allein oder in Gemeinschaft – mit guten Gründen entscheidet, aus. Als Voraussetzung für eine solche verantwortbare Entscheidung sind zunächst die Situation und das Problem (an)zuerkennen (worum geht’s – für wen?), dann die Mittel und Möglichkeiten für das Handeln und die Alternativen abzuschätzen (welche Optionen stehen zur Verfügung?) und der Grund des Sollensanspruchs zu ermitteln (wer fühlt sich welchen Werten oder Normen bzw. Personen mit welcher Verbindlichkeit verpflichtet?). Im guten Fall einigen sich die Beteiligten auf die „bestmögliche Handlungsoption“ unter der regulativen Idee vom „guten und erfüllten Leben“ (HEFFELS 2007, 24). Es folgt schließlich die Realisierung, die der Ausführende auch unabhängig vom Ergebnis seines Handelns verantworten können muss (vgl. HEFFELS 2007, 18). Als praktische Methode, um diese bestmögliche und verantwortbare Handlungsoption zu ermitteln, schlägt Heffels einen vierstufigen Erörterungsprozess vor:

Auf der ersten Stufe ist zu erheben, ob überhaupt die Voraussetzungen für einen ethischen Entscheidungsprozess gegeben sind. Dazu müssen für HEFFELS zwei Bedingungen erfüllt sein: Zunächst verlangt er (2007, 19–20) im Anschluss an SPAEMANN (1989, 123–40) dass die in der ethischen Entscheidungssituation Beteiligten dem betroffenen Menschen (Patient, Klient) Wohlwollen entgegen bringen. Das bedeutet, dass sie seine Wirklichkeit und das Ziel sowie den Sinn seines Lebens (das „Aussein auf das ihm Zutragliche“, SPAEMANN 1989, 129) anerkennen können. EHLERT (2013) unterstreicht aus der Perspektive eines Klinikseelsorgers, dass zu jeder ethischen Entscheidung eine „gemeinsame Einsicht in die „Lebensrealität der betroffenen Menschen“ gehört. Damit lässt sich die Gefahr vermeiden, dass das Wohlergehen des Betroffenen (als höchster Wert?) prinzipiellen ethischen Erwägungen untergeordnet wird. Die Klienten oder Patienten sind als „Menschen mit eigenen Gefühlen, eigenen Gedanken, eigenem Erleben sowie eigenen Entscheidungen und Erfahrungen“ (HEFFELS 2007, 20) wahrzunehmen. Nur wo den Menschen eine eigene Souveränität zuerkannt wird und die Ärzte, Pflegenden, Sozialarbeiter, Lehrer oder Seelsorger sich in der Lage sehen, sich in die Motive, Bedürfnisse und Sinn-

führungen der ihnen Anvertrauten hineinfühlen zu können, kommt ein ethischer Reflexionsprozess zustande – ansonsten fußt die Behandlung einfach auf einem Diktat oder einer paternalistischen Verfügung.

Darüber hinaus bedarf es der Handlungsmächtigkeit der Beteiligten. Sie müssen alternative Handlungsmöglichkeiten haben (bzw. erkennen können). Sie müssen zudem in der Lage sein, nicht nur das Richtige zu wissen, sondern auch das Angemessene zu tun (oder aber die Grenzen ihrer Zuständigkeit oder Kompetenz anerkennen und zugunsten anderer, kompetenterer Kolleg/innen zurücktreten).

*Im ersten Beispiel ist die Handlungsmächtigkeit der Protagonisten gegeben: Die Ehefrau verfügt als gesetzliche Betreuerin über die notwendige Entscheidungskompetenz im Namen ihres entscheidungsunfähigen Ehemannes, und der behandelnde Arzt ist kompetent, gegebenenfalls eine parenterale Ernährung zu gewährleisten. Es ist davon auszugehen, dass beide auch das notwendige Wohlwollen aufzubringen vermögen: Frau G. weiß um die Werte und den mutmaßlichen Willen ihres Ehemannes, und der Arzt kann sich prinzipiell die Beschwerden seines Patienten vorstellen.*

*Im zweiten Beispiel erscheint es fraglich, ob die junge Praktikantin über genügend Einfühlungsvermögen verfügt, um sich vorstellen zu können, dass Herr K. mit seinem Leben im Übergangswohnheim zufrieden ist und sich nicht ändern will. Andererseits ist auch nicht eindeutig festzustellen, ob ihm die Sozialarbeiterin Frau K. nicht vielleicht zu wenig zutraut. Handlungsmächtig ist sie wohl, weil sie Herrn K. sowohl in ihrer Einrichtung behalten als auch gegebenenfalls eine Verlegung in eine therapeutische Einrichtung veranlassen könnte.*

Auf der zweiten Stufe gilt es, das ethische Problem möglichst genau zu klären. Wer von den am Entscheidungsvorgang Beteiligten – den Handelnden und den Betroffenen – verfolgt welche Interessen, steht unter welchen Anforderungen, und wo kollidieren diese Anforderungen? Welche Werte und Güter, welche Normen und Verpflichtungen sind für wen im Spiel, und wo führen sie zum Konflikt?

*Gerda G. sieht sich dem mutmaßlichen Willen ihres Mannes verpflichtet. Als dessen Vertreterin beharrt sie auf dem Respekt vor seiner Autonomie als Patient, mit der dieser alle weiteren Behandlungen (und um eine solche handelt es sich beim Legen einer festen Magensonde) ablehnt. Der Arzt wiederum sieht sich in erster Linie seinem Behandlungsauftrag verpflichtet. Er ist überzeugt, dass er das Leben des Patienten mit der Sonde bewahren kann. Sodann könnten mögliche weitere therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden. Letztlich konkurriert also das Recht des Patienten auf leibliche Unversehrtheit mit der ärztlichen Verpflichtung, Leben zu retten und zu bewahren.*

*Schwieriger ist es, im zweiten Konfliktfall die Funktionserwartungen herauszuarbeiten: Herr K. möchte einfach in Ruhe leben dürfen, ist dafür aber auf ein Mindestmaß an Fürsorge angewiesen. Die junge Studentin erwartet, dass er für die Unterstützung durch die Gesellschaft seinerseits etwas tut und Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt. Die Sozialarbeiterin T. wiederum argumentiert aus ihrer Erfahrung heraus, dass man von einem Menschen nicht mehr verlangen dürfe, als er zu leisten in der Lage ist. Die ethische Frage lautet hier also, inwieweit Für-*

*sorge an Bedingungen geknüpft werden darf. Zusätzlich ist zu fragen, wie weit das Recht des Menschen auf Selbstbestimmung auch im Falle einer psychischen Erkrankung zu respektieren ist.*

Auf der dritten Stufe gilt es, diese Erwartungsstrukturen zu objektivieren. Welche Gesetze sind zu beachten, welche Berufsordnungen? Welche Moral-Kodizes vertritt die Organisation, in deren Kontext das ethische Problem zu klären ist, und welche allgemein gültigen Imperative bzw. ethischen Prinzipien – etwa Gerechtigkeit, Menschenrechte, Würde – sind sonst noch zu bedenken? Für die Medizinethik etwa haben Tom BEAUCHAMP und James CHILDRESS (2008) bereits 1977 zentrale und mittlerweile weitverbreitete Prinzipien formuliert, die bei jeder zweifelhaften Entscheidung Berücksichtigung finden sollen: respect for autonomy (1), nonmaleficence (2), beneficence (3) und justice (4) lauten die nach ihrem Konzept vorgeschlagenen Leitlinien, die nach diesem Konzept für eine gute Entscheidungsfindung zu beachten sind. Es wird allerdings sofort deutlich, dass damit nicht der Königsweg gefunden ist, denn diese Prinzipien können alle in Gegensatz zueinander geraten und müssen miteinander bzw. gegeneinander abgewogen werden – was weiterhin hohe Kompetenz an die ethische Urteilskraft der Beteiligten bzw. eine kompetente ethische Beratung erfordert. Darum sind zunächst alle Anforderungen zu sammeln und auf ihre Geltung für die zu klärenden Fragen zu untersuchen.

*Im Fall 1 ist das gesetzliche Recht des Patienten auf Selbstbestimmung in Gesundheitsfragen und das Prinzip der nonmaleficence zu beachten, das durch seine Ehefrau als gesetzliche Vertreterin wahrgenommen wird. Die Verpflichtung des Arztes, alle indizierten medizinischen Maßnahmen mit Nachdruck zu empfehlen, folgt aus seiner Berufsordnung und den o.g. Prinzipien der beneficence. Ggf. ist noch die Moral des Krankenhauses zu beachten, die sich möglicherweise aus einer weltanschaulichen Ausrichtung und aus dem Leitbild bzw. den ethischen Leitlinien des Trägers ergibt.*

*Im Fall 2 geben die sozialgesetzlichen Regelungen darüber Auskunft, unter welchen Bedingungen Herr K. im Übergangsheim bleiben darf und wie eine Suchttherapie oder eine Langzeit-Unterbringung aussehen könnte. Klar ist aber, dass beides nicht ohne seine Zustimmung angeordnet werden darf, solange er nicht unter Betreuung gestellt wird. Die Bedingungen dafür wiederum werden im Zivilrecht geregelt.*

Alle diese zunächst subjektiven und dann objektiven Situationsklärungen sowie die Erwartungen, denen sich die Protagonisten ausgesetzt sehen, werden auf der vierten Stufe zusammengeführt unter der Frage: Welche Handlungsoptionen ergeben sich jetzt bzw. bleiben noch? Inwieweit werden sie den Erwartungen der Betroffenen gerecht? Was wird zu ihrer Realisierung an Ressourcen und Kompetenzen benötigt? Entsprechen sie den moralischen Erwartungen der Handelnden? Sind sie von diesen als recht und billig zu verlangen? Sind die Lösungsvorschläge mit den verallgemeinerten Regeln zu vereinbaren?

Der Vorteil dieses offenen und transparenten Verfahrens liegt darin, dass die möglichen Optionen mit großer Wahrscheinlichkeit gefunden und nach vergleichbaren Kriterien überprüft werden. So lässt sich aufführen, welche Handlungsoptio-

nen der Wirklichkeit des Betroffenen gerecht werden, wessen Funktionserwartungen erfüllt werden und wie die möglichen Lösungen zu den übergeordneten Normen stehen. Am Ende sollte eine Empfehlung stehen, die hilft, die an der „regulativen Idee des Guten“ (HEFFELS 2007, 24) gemessen bestmögliche Handlungsoption zu realisieren. Wichtig ist auch, dass die Handelnden diese Entscheidung unabhängig vom Resultat des Handelns verantworten können. Es wird keine glatte Lösung sein (sonst wären wir nicht von einem Dilemma ausgegangen), aber die Gemeinschaft der Suchenden wird gute Argumente ins Feld führen können, warum bestimmte Erwartungen in diesem Fall erfüllt werden können und andere zurückzustehen haben.

## **5. Organisationsformen ethischen Lernens und Entscheidens**

Mitarbeiter/innen in Beziehungsberufen sind in der Regel in der Lage, moralische Konfliktsituationen – situativ oder strukturell – zu benennen. Sie formulieren, was sie in bestimmten Handlungssituationen stört, und sagen auch, warum sie Strukturen, Prozesse und Arbeitsergebnisse in ihrem Wirkungs- und Verantwortungsbe- reich gut finden oder warum nicht. Sie bringen ihre eigene Moralität in die jewei- lige Organisation ein und gestalten deren Moral entsprechend mit. Allerdings sind sie häufig darin überfordert, ihre subjektive Moralität mit der Moralität der anderen Beteiligten und der Moral der jeweiligen Organisation ab- oder gar auszugleichen. Zudem kommt es immer häufiger zu wesentlichen Wert- und Normdifferenzen zwi- schen den Mitarbeiterinnen und den Klientinnen, Patientinnen oder Schülerinnen. Dies fällt umso mehr ins Gewicht, als die Epoche paternalistischer Behandlungs- und Erziehungsmodelle eigentlich der Vergangenheit angehört und die Autonomie der Patienten oder Klienten bzw. deren gesetzlicher Vertreter prinzipiell zu beachten ist. Deshalb wird von den Behandlern nicht nur eine Reflexion ihrer eigenen Werte und Normen verlangt, sondern in vielen Fällen auch die Bereitschaft, entgegen der eigenen Moralität den Vorstellungen der Patienten zu folgen oder zumindest eine Annäherung zu finden (vgl. der Arzt in Beispiel 1). Darum erfordert das Handeln in Einrichtungen und Diensten im Gesundheits- und Sozialwesen die ständige Wei- terentwicklung ethischer Kompetenzen. Umgekehrt werden im günstigen Fall aller- dings auch genau diese Fortschritte der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im ethisch reflektierten Handeln und in ihrem moralischen Bewusstsein die morali- sche Qualität der Organisation verbessern. Eine ethisch lernende Organisation, die dieses Lernen auch ausdrücklich unter ihre Organisationsziele aufnimmt, entspricht der gerechtigkeitsorientierten Umwelt (just community) im Sinne von Kohlberg/ Oser und eignet sich sehr gut für die moralische Weiterentwicklung und das ethische Lernen. Dafür stehen einige hilfreiche Instrumente zur Verfügung:



### **5.1. Informelle Instrumente ethischer Beratung und Entwicklung**

In einer Organisation, die noch keine ethische Beratung institutionalisiert hat, müssen die Mitarbeiterinnen dennoch nicht auf ethischen Austausch und persönliche Entwicklung verzichten: Sie können sich als informelle Gruppe, etwa in einem regelmäßig stattfindenden Ethik-Café oder beim „ethischen Stammtisch“ treffen und sich kollegial beraten. Natürlich ist es von Vorteil, wenn an solchen Diskussionsrunden ethisch geschulte Kollegen teilnehmen. Doch auch sonst ist es möglich, gemeinsam ethische Probleme zu beschreiben und zu definieren. Die Kolleginnen überlegen, wer betroffen ist, welche Interessen und welche Regeln zu beachten sind, und ringen im Lichte der ausgetauschten Argumente um die bestmögliche Lösung. Im besten Fall finden die Protagonisten eines moralischen Problems eine kollegiale ethische Beratung, deren Ergebnis sie in ihre Praxis umsetzen können. Im Falle einer solchen informellen Beratung fehlen allerdings institutionalisierte Regeln, wie der Schritt vom als richtig Erkannten hin zur Realisierung aussehen könnte. Ähnliches gilt auch für das ethische Konsil, wenn ein ethisch qualifizierter Kollege für andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, ggf. auch für Klienten oder Patientinnen, als Ansprechpartner zur Verfügung steht. Ist er dafür offiziell von der Organisation beauftragt (und hat sich in ihrem Auftrag möglicherweise qualifiziert), ergibt sich der Übergang zu

### **5.2. Formellen Instrumenten ethischer Beratung und Entwicklung**

Die klassische und zunehmend verbreitete Form ist die Ethische Fallbesprechung (vgl. Beispiel 1) oder Fallberatung (STEINKAMP & GORDIJN 2003, ALBISSER-SCHLEGER et. al. 2012). Hier werden die am Konflikt Beteiligten (Ärzte, Erzieher, Therapeuten, Pflegende, Sozialarbeiter, Lehrende) offiziell zusammengerufen. Je nach Modell variiert, wer auf welche Weise eine solche Beratung einberufen darf und ob die Klienten bzw. Patienten oder ihre Vertreter mit am Tisch sitzen. Gemeinsam ist den fallorientierten ethischen Beratungsrunden, dass sie ad hoc zusammenkommen, dass es eine Verfahrensordnung gibt, dass offiziell beauftragte und geschulte Moderatoren zur Verfügung stehen und dass die Beratung in eine protokollierte Empfehlung mündet. Die kann der Beratene umsetzen, modifizieren oder auch ignorieren, denn die Entscheidungsbefugnis und Verantwortung verbleibt letztlich bei ihm.

Wo häufiger ethische Konfliktfälle auftreten und ethische Fragestellungen von fallübergreifender Bedeutung zu bewältigen sind, richten Träger des Gesundheits- und Sozialwesens – manchmal einrichtungsbezogen, manchmal übergreifend – sog. Ethik-Komitees ein. Hier werden verschiedene Spezialisten (Mediziner, Psychologen, Pädagogen, Seelsorger, Pflegewissenschaftler und nicht zuletzt Juristen), teils aus der Organisation und teils von außerhalb, beauftragt, grundlegende ethische Fragestellungen zu beraten und Empfehlungen in Form „Ethischer Leitlinien“ zu verabschieden. Letztere werden dann von der Geschäftsleitung verbindlich in Kraft gesetzt. Außerdem werden solche Komitees häufig damit betraut, ethische Fallbe-

sprechungen zu organisieren, die Moderatoren zu qualifizieren und zu supervidieren und die Ergebnisse der Ethischen Fallbesprechungen innerhalb der Organisation zu evaluieren.

Diese letzteren Formen setzen jeweils eine Willensbildung und eine Beauftragung durch den Träger und die leitenden Gremien der Organisation voraus. Letztlich wird sich eine ethisch bewusste und qualifizierte Organisation nur dann entwickeln, wenn die Verantwortungsträger dies wollen und bereit sind, in diese Entwicklung zu investieren – durch entsprechende sichere Strukturen, durch Qualifikationsangebote. Vor allem sichern sie die ethische Entwicklung dadurch, dass sie ihren Mitarbeiterinnen in gut begründeten, aber für die Organisation unbequemen Entscheidungen den Rücken stärken. Damit – und hier schließt sich der Kreis – tragen sie entscheidend zur moralischen Sicherheit und zur Entwicklung der ethischen Argumentationsfähigkeit der Mitarbeiterinnen bei, und diese wiederum können durch ihr tägliches Verhalten beitragen, das ethische Niveau der Organisation zu gewährleisten bzw. voran zu bringen.

Moralische Urteilsfähigkeit und -sicherheit entsteht in der Lebenswelt der Lernenden, im Falle der Angehörigen der Beziehungsberufe im Krankenhaus und in der Kindertagesstätte, in der Tagesstätte für psychisch behinderte Menschen und in der Gefängnisseelsorge. Der Königsweg ethischer Fort- und Weiterbildung führt über die ständige praktische ethische Auseinandersetzung mit moralischen Problemlagen. Die möglichst saubere Benennung der involvierten konkurrierenden Werte und Normen festigt einerseits das entsprechende moralische Wissen und schärft andererseits die Sensibilität für die ethischen Fragen. Der Perspektivenwechsel ermöglicht es, Empathie für die Motive und Moralitäten der jeweils Beteiligten anzuregen, zu vertiefen, zu festigen. Der Blick auf die Situation und die Sinnführung der Betroffenen im moralischen Konflikt heizt immer wieder die Frage an, worum es im Leben wirklich geht. Der Abgleich mit den geltenden Regeln schafft Gespür für die Handlungsspielräume. Die Diskussion um die bestmögliche Handlungsoption wiederum trainiert die kommunikative Kompetenz und wirft zugleich die Lernenden auf die entscheidende Frage zurück, welche Handlungen sie zu verantworten bereit sind.

Ethisches Lernen ist also ein „ganzheitliches Lernen“ im besten Sinne, weil Wissen, Wahrnehmung, Haltung und Handlung gleichermaßen angefragt und trainiert werden. Ethisches Lernen ersetzt nicht die Fachlichkeit in den Beziehungsberufen. Aber in der gegenwärtigen Epoche der Werte-Pluralität kann Fachlichkeit erst im guten Sinne wirksam werden, wenn die Handelnden begründen und aushandeln können, wohin sie als Ärztinnen und Pfleger, als Lehrerinnen und Sozialarbeiter, als Therapeutinnen und Seelsorger unterwegs sind, und wie sich ihr aktuelles Handeln in diesen Horizont einfügt. Unter dieser Perspektive werden viele Angehörige dieser Berufe gerne bereit sein, sich einem ethischen Diskurs zu stellen, weil sie nicht befürchten müssen, mit moralischen Argumenten in ihrem Handeln eingeschränkt zu werden, sondern eine Chance erhalten, dem eigentlichen Kern ihres Beziehungshandelns neu Raum verschaffen zu können (WITTRAHM 2013a).

## Referenzen

- ALBISSER-SCHLEGER, H., M. MERTZ, B. MEYER-ZEHNDER & S. REITER-THEIL (2012) *Klinische Ethik – METAP: Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett* (Berlin: Springer).
- APEL, K.O., D. BÖHLER & K. REBEL, Hrsg. (1984) *Funkkolleg Praktische Philosophie/Ethik* (Weinheim: Beltz).
- BEAUCHAMP, T.L. & J.F. CHILDRESS (2008) *Principles of Biomedical Ethics* (6. Aufl.; Oxford: Oxford UP).
- BECKERS, H.-J. & A. WITTRAHM, Hrsg. (1993) *Wertwandel: Wandel der Lebensformen und Pastoral* (Mönchengladbach: Kühlen).
- DENZ, H. (1993) 'Auf dem Weg zur „post“-Gesellschaft?' in H.-J. BECKERS & A. WITTRAHM, Hrsg., *Wertwandel: Wandel der Lebensformen und Pastoral* (Mönchengladbach: Kühlen) 13–34.
- FOUCAULT, Ch. (1994) 'Omnes et singulatim: Zu einer Kritik der politischen Vernunft' in J. VOGL, Hrsg., *Gemeinschaften: Positionen zu einer Philosophie des Politischen* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp) 65–93.
- EHLERT, F.S. (2013) 'Ethik und Realität: Pastoralpsychologische Aspekte zur Ethik-Beratung', *Wege zum Menschen* 65, 433–46.
- 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?* (Opladen: Budrich) 9–42.
- KEUPP, H. (1999) 'Subjekt sein heute: Zwischen postmoderner Diffusion und der Suche nach neuen Fundamenten', *Wege zum Menschen* 51, 136–52.
- KOHLBERG, L. (1995) *Die Psychologie der Moralentwicklung* (Frankfurt a.M.: Suhrkamp).
- Kooperation für Transparenz im Gesundheitswesen* (KTQ) heruntergeladen am 1. Oktober 2013 von <http://www.ktq.de/index.php?id=9>.
- KRETTENAUER, T. & L. MONTADA (2005) 'Entwicklung von Moral und Verantwortlichkeit' in J. ASENDORPF, Hrsg., *Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung* (Göttingen etc.: Hogrefe) 141–89.
- KRUIP, G. & K. WINKLER (2007) *Basis-Papier: Ethisches Lernen in der allgemeinen Erwachsenenbildung* (Bonn: Kath. Bundesarbeitsgemeinschaft für Erwachsenenbildung) heruntergeladen am 29. Oktober 2013 von [http://www.kbe-bonn.de/fileadmin/Redaktion/Bilder/Projekte/Basispapier\\_02\\_09\\_07.pdf](http://www.kbe-bonn.de/fileadmin/Redaktion/Bilder/Projekte/Basispapier_02_09_07.pdf).
- MONTADA, L., U. LINDENBERGER & W. SCHNEIDER (2012) 'Fragen, Konzepte, Perspektiven' in W. SCHNEIDER & U. LINDENBERGER, Hrsg., *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarbeitete Aufl.; Weinheim: Beltz) 27–60.
- MACINTYRE, A. (1984) *Geschichte der Ethik im Überblick: Vom Zeitalter Homers bis zum 20. Jahrhundert*, Übers. H.-J. MÜLLER (Königstein: Hain).
- NAUER, D. (2001) *Seelsorgekonzepte im Widerstreit: Ein Kompendium* (Stuttgart: Kohlhammer).
- NUNNER-WINKLER, G. (2012), 'Moral' in W. SCHNEIDER & U. LINDENBERGER, Hrsg., *Entwicklungspsychologie* (7., vollst. überarbeitete Aufl.; Weinheim: Beltz) 521–41.
- OSER, F. & ALTHOF, W. (1992) *Moralische Selbstbestimmung: Modelle der Entwicklung und Erziehung im Wertebereich: Ein Lehrbuch* (Stuttgart: Klett-Cotta).
- Pastorale Macht: Foucaults Auseinandersetzung mit dem Christentum* (1995) Themenheft *Wege zum Menschen* 47:2 (Feb–März).
- SPAEMANN, R. (1989) *Glück und Wohlwollen: Versuch über Ethik* (Stuttgart: Klett-Cotta).

- STEINKAMP, N. & GORDIJN, B. (2010) *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung* (Neuwied: Luchterhand).
- WITTRAHM, A. (1994) *Orientierungen zur ganzheitlichen Altenpflege: Anthropologie – Ethik – Religion* (Bonn: Dümmler).
- WITTRAHM, A. (1996) 'Verantwortlich handeln lernen', *Pflegepädagogik* 6:2, 14–20.
- WITTRAHM, A. (2001) *Seelsorge, Pastoralpsychologie und Postmoderne: Eine pastoralpsychologische Grundlegung lebensfördernder Begegnungen angesichts radikaler postmoderner Pluralität* (Stuttgart: Kohlhammer).
- WITTRAHM, A. (2010) 'Mentalhygiene in Organisationen: Förderung seelischer Gesundheit in Organisationen zwischen gesellschaftlicher, institutioneller und personeller Verantwortung', *European Journal of Mental Health* 5, 25–43.
- WITTRAHM, A. (2013a) 'Der lange Weg zum personenzentrierten ethischen Diskurs: Eine personenzentriert-persönliche Betrachtung zu 20 Jahren Ethik-Arbeit in der GwG', *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 44, 151–155.
- WITTRAHM, A. (2013b) 'Etwas vom Leben, vom Lieben, vom Glauben verstehen: Psychologische Beiträge zur Weiterbildung von Seelsorgern, Pastoralpsychologen, Pädagogen, psychologischen Beratern und Mitarbeitern im Gesundheitswesen' in G. Ittész, Hrsg. *Cura mentis – salus populi: Mentálhigiéné a társadalom szolgálatában: Ünnepi kötet Tomcsányi Teodóra 70. születésnapjára: Festschrift für Teodóra Tomcsányi zum 70. Geburtstag* (Budapest: SE EKK Mentálhigiéné Intézet) 401–16.
- WOLFF, H.W. (1984) *Anthropologie des Alten Testaments* (4. Aufl.; München: Kaiser).