

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Wirtschaft und Soziales
Department Soziale Arbeit
Bachelor Soziale Arbeit

Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung in der Sozialen Arbeit

Vergleichende Sichtung der prinzipienorientierten Falldiskussion
und der kollegialen ethischen Fallberatung (KEF)

Bachelor-Thesis

Tag der Abgabe: 12.05.2025

vorgelegt von: Svenja Kipp

Matrikel-Nr.: [REDACTED]

Adresse: [REDACTED]

Betreuerender Prüfer: Prof. Dr. Michael Leupold

Zweiter Prüfer: Prof. Dr. Andreas Langer

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|-----------|
| <i>Abkürzungsverzeichnis</i> | 1 |
| 1 Einleitung | 2 |
| 2 Ethik in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens | 5 |
| 2.1 Einführung in wichtige Grundbegriffe | 5 |
| 2.2 Ethik in Institutionen des Gesundheitswesens | 10 |
| 2.2.1 Entstehung und Entwicklung der ethischen Disziplin..... | 10 |
| 2.2.2 Strukturen ethischer Auseinandersetzung | 12 |
| 2.2.3 Akademische Disziplin und Diskurs | 14 |
| 2.3 Ethik in Institutionen des Sozialwesens | 15 |
| 2.3.1 Ethische Dimension der Sozialen Arbeit | 15 |
| 2.3.2 Umsetzung der Berufsethik: Einflussfaktoren und ethische Fragestellungen | 17 |
| 2.3.3 Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung | 20 |
| 2.3.4 Akademische Disziplin und Forschungsstand..... | 24 |
| 2.4 Vergleichbarkeit und Entwicklungsstand der ethischen Reflexionsprozesse | 24 |
| 3 Vergleichende Sichtung der prinzipienorientierten Falldiskussion und der kollegialen ethischen Fallberatung (KEF) | 27 |
| 3.1 Auswahl der Modelle | 28 |
| 3.2 Auswahl der Vergleichskategorien | 29 |
| 3.3 Darstellung der Modelle | 31 |
| 3.3.1 Prinzipienorientierte Falldiskussion | 31 |
| 3.3.2 Kollegiale ethische Fallberatung (KEF)..... | 40 |
| 3.4 Vergleichender Überblick und Analyse | 48 |
| 3.5 Diskussion | 57 |
| 4 Schlussbetrachtung | 61 |
| Literaturverzeichnis | 64 |
| Anhang | 71 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|---------------|---|
| AEB | Ambulantes Ethikkomitee Bochum e. V. |
| AEM | Akademie für Ethik in der Medizin |
| BÄK | Bundesärztekammer |
| BGBL | Bundesgesetzblatt |
| DBSH | Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e. V. |
| DGSA | Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e. V. |
| DZI | Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen |
| DZI SoLit | Bibliografische Fachdatenbank für Literatur der Sozialen Arbeit des DZI |
| EPOS | Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich (Verfahren entwickelt von CURAVIVA zur ethischen Entscheidungsfindung) |
| ETHMED | Literaturdatenbank für Ethik in der Medizin |
| FBTS | Fachbereichstag Soziale Arbeit |
| HAW | Hochschule für Angewandte Wissenschaften |
| IDEIM | Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin |
| IFSW | International Federation of Social Workers |
| KEF | Kollegiale ethische Fallberatung |
| KEK | Klinisches Ethikkomitee |
| KJH | Kinder- und Jugendhilfe |
| Kursiv. i. O. | Kursivsetzung im Original |
| LMU-Klinikum | Klinikum der Ludwig-Maximilian-Universität München |
| METAP | Eskalationsmodell, „Modular, Ethik, Therapieentscheide, Allokation und Prozess“ (Schleger et. al. 2019, 6) |
| QR SozArb | Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit |
| WISO | Datenbank von GBI-Genios für Literatur der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften |
| ZEKO | Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer |

1 Einleitung

„Die Auseinandersetzung mit Ethik und ethischen Fragestellungen ist der Sozialen Arbeit und den anderen SAGE-Berufen [d. h. Soziale Arbeit, Gesundheitswesen, Erziehung und Bildung] immanent.“ (Kulke/Weß 2023, 64).

Die Immanenz der ethischen Dimension der Sozialen Arbeit lässt sich unter anderem auf ihr Selbstverständnis sowie ihren Auftrag und Handlungsgrund zurückführen (vgl. Kaminsky 2018, 35; Lob-Hüdepohl 2017b, 1). Zugleich ist die Ethik in der Sozialen Arbeit als Legitimationsrahmen im gesellschaftlichen Gefüge unverzichtbar, denn ihr Handlungsrahmen, ihre Praxis und ihre Machtposition müssen ethisch begründbar sein, nicht zuletzt, wenn es sich um schwerwiegender Eingriffe gegenüber ihrer Klientel handelt (vgl. Staub-Bernasconi 2019, 89f.). Die Soziale Arbeit ist jedoch über ihre professionsethische Legitimierung hinaus dazu angehalten, ihr Handeln ethisch zu reflektieren und die Umsetzung ihrer berufsethischen Prinzipien zu fördern (vgl. Como-Zipfel/Kohlfürst/Kulke 2019, 54ff.). Besonders ethisch herausfordernde und unklare Situationen in der sozialberuflichen Praxis erfordern eine geeignete Unterstützung ethischer Entscheidungsfindung für Sozialprofessionelle: Dabei betont vor allem die Alltäglichkeit dieser Situationen und ethischen Fragestellungen, die teils strukturell angelegt sind, den Handlungsbedarf (vgl. ebd. 43ff.; Como-Zipfel/Kohlfürst/Weß 2023, 14ff.). Sozialarbeitenden können sich bspw. im Hinblick auf rechtliche Bestimmungen ethische Fragen stellen, etwa bezüglich der Beendigung der Unterbringung von unbegleiteten geflüchteten Jugendlichen, wenn diese volljährig werden, oder in Fällen von „Abschiebung trotz guter Integration“ (Kulke/Weß 2023, 70). Diese Beispiele stammen zwar aus Befragungsdaten vergangener Jahre (2017-2018), unterstreichen jedoch ihre Relevanz angesichts aktueller politischer Tendenzen. Nach aktuellem Erkenntnisstand erweist sich die ethische Fallbesprechung als das geeignete und erforderliche Mittel im Umgang mit den alltäglichen ethischen Fragestellungen und Problemlagen (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 50ff.). Auch wenn diesbezüglich Implementierungsbedarfe festgestellt werden, sind aktuell nur wenige konkrete Modelle ethischer Fallbesprechung für die sozialberufliche Praxis ausgearbeitet und selten in der Praxis etabliert (vgl. Deterra/Leupold 2023, 164). Angesichts der Risiken bei Ignoranz dieser Bedarfe, wie bspw. moralischer Stress bei Sozialarbeitenden, und bei zunehmender Komplexität ethischer Fragestellungen, wird die Etablierung von Strukturen ethischer Auseinandersetzung und die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung für die sozialarbeiterische Praxis heute umso wichtiger (vgl. Preusche 2019, 11f.; Leupold/Wallroth 2023, 129ff.). Vor diesem Hintergrund wurde an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg die Entwicklung eines Modells ethischer Fallbesprechung für die Soziale Arbeit angestoßen, was den Anlass für diese Arbeit bietet.

Eine Vorreiterrolle bei ethischen Entscheidungsprozessen kommt dem Gesundheitswesen zu, das bereits über weitaus etabliertere Strukturen ethischer Auseinandersetzung verfügt (vgl. Lob-Hüdepohl 2017b, 2). Im Vergleich des Entwicklungsstands dieser Strukturen könnte dem Gesundheitswesen für die Soziale Arbeit also eine Art Vorbildfunktion zukommen. In der vorliegenden Arbeit wird als Struktur ethischer Auseinandersetzung insbesondere die ethische Fallbesprechung näher betrachtet. Eine Übertragbarkeit der Modelle ethischer Fallbesprechung aus dem Gesundheitswesen in das Sozialwesen wurde bereits ausgeschlossen, da die gesundheitsspezifischen Modelle in der Anwendung auf die sozialprofessionelle Praxis keine angemessene Analyse der moralischen Qualität der Praxisinteraktionen sowie ihrer politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Aufträge bieten (vgl. Steinkamp 2017). So könnte eine Bearbeitung ethischer Problemlagen in der Sozialen Arbeit mittels der Modelle des Gesundheitswesens relevante Aspekte übersehen. Die Modelle aus dem Gesundheitswesen bieten sich der Sozialen Arbeit jedoch als „eine Art ‚reality check‘“ an (ebd.). Ein Vergleich der Modelle wird hier als lohnend angenommen und könnte Chancen und Empfehlungen zur Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen aufzeigen. In der vorliegenden Arbeit wird jeweils ein ausgewähltes Modell ethischer Fallbesprechung des Gesundheits- sowie Sozialwesens aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt, um diese im nächsten Schritt nach bestimmten Gesichtspunkten miteinander zu vergleichen. Die Arbeit zielt damit auf eine Beschreibung ihrer Gemeinsamkeiten und Unterschiede, sowie deren Deutung ab, um Rückschlüsse für die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen zu ermöglichen. Dabei ließen sich im Prozess auch gegenseitige Lernpotenziale feststellen, da in dieser Arbeit jedoch der Professionalisierungsbedarf ethischer Reflexionsprozesse in der Sozialen Arbeit im Fokus steht, werden die Aspekte einseitig betrachtet. Damit folgt die vorliegende Arbeit der Fragestellung: Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede weisen die betrachteten Modelle ethischer Fallbesprechung auf und wie sind diese für eine professionelle ethische Entscheidungsfindung in der sozialberuflichen Praxis zu deuten?

Methodisch verfährt die Arbeit vorwiegend literaturbasiert. Zur Beantwortung der leitenden Fragestellung, wird möglichst aktuelle Literatur genutzt. Aufgrund des umfangreichen Literaturbestands zur angewandten Ethik für das Sozial- und das Gesundheitswesen, beschränkt sich diese Arbeit auf den deutschsprachigen Raum. Berücksichtigt werden insbesondere Basiswerke, die im Zuge der Recherche als besonders relevant identifiziert wurden. Dabei stellt diese Arbeit lediglich ausgewählte Aspekte der Literatur dar und erhebt damit keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Des Weiteren werden Recherchetools zur Darstellung des akademischen Diskurses genutzt. Der Vergleich der Modelle erfolgt anhand ausgewählter Vergleichskategorien, die nach Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse gebildet wurden. Für die

zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse werden Tabellen erstellt.

Um eine Kommunikationsgrundlage zu schaffen sowie einen möglichst hohen definitorischen Konsens für die Arbeit zu gewährleisten, wird zunächst in wichtige Grundbegriffe der Ethik eingeführt (Kapitel 2.1). Dies wird nicht zuletzt für die spätere Ergebnisdeutung relevant. Daraufhin wird der aktuelle Stand der Ethik in Institutionen im Gesundheits- sowie Sozialwesen jeweils anhand ausgewählter Aspekte dargestellt, um den Gegenstand der vorliegenden Arbeit und ihr Erkenntnisinteresse weiter einzuordnen und auszudifferenzieren. Zuerst werden ausgewählte Aspekte der Ethik in Institutionen des Gesundheitswesens beschrieben, dazu wird einleitend ein Beispiel einer ethisch schwierigen Entscheidungssituation aus der Praxis angeführt (2.2). Dann wird die Entstehung und Entwicklung der ethischen Disziplin des Gesundheitswesens (2.2.1) dargestellt, um ihre Strukturen und gesellschaftliche Stellung einzuordnen. Die Strukturen ethischer Auseinandersetzung im Gesundheitswesen werden beschrieben (2.2.2) und der Entwicklungsstand der gesundheitsbezogenen Ethik als akademische Disziplin sowie ihr akademischer Diskurs um ethische Fallbesprechungen angeführt (2.2.3). Im Anschluss werden Aspekte der Ethik in Institutionen des Sozialwesens beleuchtet und mit einem Fallbeispiel eingeleitet (2.3). Um die Relevanz der sozialberuflichen Ethik zu verdeutlichen, wird die ethische Dimension der Sozialen Arbeit näher beleuchtet (2.3.1) und Aspekte der Umsetzung der Berufsethik in sozialberuflicher Praxis vorgestellt, indem einige Einflussfaktoren und ethische Fragestellungen angeführt werden (2.3.2). Die Relevanz ethischer Auseinandersetzung in der Sozialen Arbeit wird weitergehend unterstrichen und ihr aktueller Entwicklungsstand erklärt den Professionalisierungsbedarf der Strukturen und Methoden (2.3.3.). Danach wird die akademische Disziplin und der akademische Diskurs zu ethischen Fallberatungen im Sozialwesen beschrieben (2.3.4), um den diskursiven Forschungsstand des Gegenstandes dieser Arbeit einzuordnen. Auf Grundlage der bisher dargelegten Informationen wird die Vergleichbarkeit sowie der Entwicklungsstand der ethischen Reflexionsprozesse der betrachteten Berufsfelder hergeleitet (2.4). Im zweiten Teil wird der Vergleich der Modelle durchgeführt und das weitere Vorgehen hierzu näher beschrieben (Kap. 3). Zunächst werden die zu vergleichenden Modelle ausgewählt (3.1) sowie die Vergleichskategorien vorgestellt (3.2). Daraufhin folgt die Darstellung der Modelle, der prinzipienorientierten Falldiskussion (3.3.1) und der kollegialen ethischen Fallberatung (KEF) (3.3.2), gemäß den Kategorien. Im Anschluss werden die Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Modelle in einem vergleichenden Überblick veranschaulicht, eingeordnet und gedeutet (3.4). Die besonders relevant erscheinenden Ergebnisse werden dann weitergehend mit Hinblick auf die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen diskutiert (3.5). Abschließend wird eine

Schlussbetrachtung vorgenommen, um die Erkenntnisse der Arbeit prägnant zusammenzufassen sowie auf Limitationen und weitere mögliche Forschungsansätze hinzuweisen (Kap. 4).

2 Ethik in Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens

Die folgenden Teilkapitel betrachten Ethik in Institutionen des Gesundheits- sowie des Sozialwesens. Dazu werden zunächst einleitend wichtige Grundbegriffe der Ethik definiert, bevor ausgewählte Aspekte der Ethik in Institutionen der beiden Berufsgruppen dargestellt werden und die Entwicklung und Vergleichbarkeit ihrer ethischen Reflexionsprozesse in einem kurzen Unterkapitel eingeordnet werden.

2.1 Einführung in wichtige Grundbegriffe

Nach Steinkamp und Gordijn haben die Begriffe *Ethik* und *Moral* „keine mathematisch exakte Definition“ (ebd. 2010, 43). Grund hierfür sei die Natur ihres Gegenstandsbereichs, denn menschliches Handeln könne nicht durch mathematische Formeln oder wissenschaftliche Exaktheit beschrieben werden (vgl. ebd.). Dabei könnte angenommen werden, dass diese Aussage auch auf weitere der im Folgenden beleuchteten Begriffe zutrifft. Daher wird im Folgenden versucht, möglichst weit akzeptierte Definitionen zu identifizieren und verschiedene Literatur aus der Philosophie, der Ethik des Gesundheitswesens und der Sozialen Arbeit heranzuziehen, um einen möglichst übergreifenden definitorischen Konsens für die weitere Arbeit zu prüfen und zu gewährleisten.

Unter *Ethik* wird ein „Zweig der Philosophie“ (Frankena 2017, 4 - Übersetzung von Norbert Hoerster) verstanden, der sich reflexiv mit moralischen Fragen auseinandersetzt (vgl. ebd.). Die Ethik wird somit auch als „Moralphilosophie“ (ebd.) betitelt. Sie schaut auf eine lange Tradition zurück und entwickelt sich seit circa 2500 Jahren (Steinkamp/Gordijn 2010, 43). Ethik „analysiert und bewertet menschliches Handeln“ (ebd. 33) und versucht eine Antwort auf die ihr zugrundeliegende Frage „Wie soll ich (bzw. wie sollen wir) handeln?“ (Marckmann 2022a, 3) und in dem Zusammenhang „Warum?“ (ebd.) zu geben. Dabei sucht sie entscheidende Argumente für oder wider und kann Menschen Orientierung im Zusammenleben bieten (DBSH 2014, 9). Gegenstand der Ethik ist die *Moral*. Hierunter ist die „Gesamtheit der geltenden Werte, Normen und Tugenden“ (Steinkamp/Gordijn 2010, 43) zu verstehen, die in einem bestimmten Bereich oder einer bestimmten Gruppierung auftreten (vgl. ebd.). Als Bereich ihrer Gültigkeit sei beispielhaft die Gesellschaft, eine individuelle Person oder eine bestimmte Berufsgruppe anzusehen (vgl. ebd.). Sie äußert sich zum einen als „gesammelte[s] Erfahrungswissen“ (ebd. 45) über Gut und Böse, das auf individueller Ebene in Wechselwirkung der eigenen Anlagen und Charakterausprägungen mit Erziehung und Sozialisation gebildet wird, und zum anderen als „praktisches Handlungswissen“ (ebd.), das fortlaufend durch

Erfahrungen und innere Reflexionsprozesse aktualisiert wird (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 45).

Ethische Fragen als „grundlegende Fragen des menschlichen Handelns“ (ebd. 34f.) können sich jeder Person auch direkt und intuitiv im alltäglichen Handeln stellen (vgl. ebd.). Eine als „ungerecht“ empfundene Handlung beispielsweise kann auf beiden Seiten einer Interaktion zu einer erfahrbaren Belastung führen und ein „schlechtes Gewissen“ auf Seiten des*der Handelnden hervorrufen (vgl. ebd.). Eine Auseinandersetzung mit dem Begriff des Gewissens erfährt in derzeitigen theoretischen Debatten zwar weniger Aufmerksamkeit, findet jedoch im Alltag seine Rolle und betont die Fundamentalität und Allgegenwärtigkeit moralischer Erfahrungen und Fragestellungen (vgl. ebd. 35-37). Das Gewissen lässt sich als menschliche Resource beschreiben, durch welche praktisches Wissen „intuitiv, spontan und unter Umständen mit großer Intensität“ (ebd. 35) erlebbar und mittels dessen prüfbar wird, ob eine Handlung mit den eigenen Wertevorstellungen kongruiert (vgl. ebd.). Das Gewissen ist jedoch instinktiv und aufgrund seiner Abstraktheit und Subjektivität nicht verlässlich, um komplexere ethische Fragen zu analysieren oder zu beantworten (vgl. ebd. 40). Dies möchte Ethik durch Methodik erreichen (vgl. ebd. 43; Schmid 2011, 31ff.), hierzu hat sich eine Vielzahl abgegrenzter Begriffe, Methoden und Ansätze etabliert. Darunter zählt die Unterscheidung der Begriffe der Werte, Normen, Maximen, Prinzipien und Tugenden. Unter *Werten* werden „Aspekte der Handlungswirklichkeit“ (Steinkamp/Gordijn 2010, 55) verstanden, die für das menschliche Leben als bedeutend und damit besonders „erstrebenswert oder schützenswert“ (ebd.) gelten. Beispielsweise seien hier das Leben, Freiheit, Sicherheit und Selbstverwirklichung als Werte genannt (vgl. Ott 2011, 474). An ihnen können sich Personen in ihrem Handeln orientieren, sie allein bilden jedoch keine ausdrücklichen Handlungsvorschriften (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 56). Ebendiese Aufgabe kommt den *Normen* zu, die als allgemeine Verhaltensregeln definiert werden und gegebenenfalls bestimmte Werte aufgreifen und realisieren (vgl. Schmid 2011, 35f.). Besonders bekannte Beispiele moralischer Normen sind etwa in den Menschenrechten im Grundgesetz verankert oder finden sich in den zehn Geboten des Christentums, wie zum Beispiel „Du sollst nicht töten“ (vgl. Marckmann 2022a, 4). Eine Norm wird in einem bestimmten räumlichen und zeitlichen Kontext von einer bestimmten Gruppierung „faktisch akzeptiert“ (Ott 2011, 474). In Abgrenzung dazu beschreibt eine *Maxime* eine Regel, „die sich eine Person in Bezug auf bestimmte Situationstypen zum Grundsatz ihres Handelns macht“ (ebd.). Man spricht in diesem Zusammenhang von „subjektiven Handlungsgrundsätzen“ (Marckmann 2022a, 7). Des Weiteren werden ethische *Prinzipien* formuliert. Diese können als „oberste inhaltliche Normen“ (Ott 2011, 475) oder als „formale Gesichtspunkte, von denen aus sich die Gültigkeit einzelner Normen beurteilen lassen kann“ (ebd.), verstanden

werden. Sie können Werte und Normen somit begründen und sind abstrahierter als diese (vgl. Leupold 2023, 34).¹ Geraten Werte oder Prinzipien bezüglich einer Handlung miteinander in Konflikt, kann in ethischer Reflexionstradition eine Betrachtung ihrer *Güter* und *Übel*, also gewissermaßen der Vor- und Nachteile, nötig sein (vgl. Horn 2011, 391ff.). Während die beschriebenen Begriffe Aspekte ausmachen, an denen sich Personen in ihren Handlungen orientieren (vgl. Ott 2011, 474), nehmen Tugenden Bezug auf den Charakter von Handelnden: Eine *Tugend* beschreibt eine wünschenswerte Charaktereigenschaft, die einen guten Menschen ausmacht (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 61). Darunter fallen beispielsweise die Gerechtigkeit, Geduld oder Güte (vgl. Marckmann 2022a, 8).

Die Ethik umfasst ein großes Feld, welches sich in verschiedene *Bereiche ethischer Reflexion* aufteilt². Die *deskriptive Ethik* bemüht sich die „empirisch vorhandenen moralischen Haltungen und Überzeugungen zu beschreiben“ (ebd. 5). Sie will Kontexte und Zusammenhänge erklären und betreibt Forschung (vgl. ebd.). Durch die *normative Ethik* wird die Moralität von Handlungen und Vorschriften kritisch geprüft und der Frage nachgegangen, wie moralische Urteile und Entscheidungen ethisch zu legitimieren sind (vgl. Schmid 2011, 39). Der Bereich der *Metaethik* beschäftigt sich mit Theorien über moralisches Wissen, Argumentationsmethodik, klärt die Bedeutung von Begriffen und wendet sich grundlegenden Fragen zu, wie beispielsweise, ob die Moral subjektiv oder objektiv ist (vgl. Beauchamp/Childress 2009, 2).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit ethischer Fallbesprechung, die sich meist normativen Fragen widmet. *Ethische Fallbesprechung* lässt sich allgemein sowohl als informeller als auch formeller „Prozess des Überlegens über die Moralität professionellen Entscheidens und Handelns in einem bestimmten professionellen Handlungsbereich“ definieren (Steinkamp 2017, 2). Diese kann unter anderem Hilfestellung bei der Bearbeitung von ethischen Problemlagen bieten (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 50f.). Unter *ethischen Problemlagen*³ versteht man allgemein „Handlungskonflikte aus der Perspektive der moralischen Überzeugungen von Verantwortungsträgern, die einhergehen mit unterschiedlichen spannungsreichen Konstellationen von Normen, Werten bzw. Gütern, Prinzipien“ (Leupold 2023, 35). Beispielsweise zählen hierzu *moralische Dilemmata*, die Situationen bezeichnen, in denen verschiedene und sich ausschließende Handlungen nach der selben Moraltheorie gefordert sind (vgl. ebd. 35f.). Hierbei gibt es zwei entgegengesetzte Ansätze, wie diese im Einzelfall betrachtet und gelöst

¹ Die Abstraktionsebenen seien von hoch bis niedrig: ethische Theorie- Prinzipien- Werte/Güter- Normen (vgl. Leupold 2023, 34). Dabei kann eine höhere Ebene die nächst Tiefere begründen sowie eine Niedrigere die nächst Höhere spezifizieren (vgl. ebd. f.).

² Einen prägnanten Überblick bietet Schmid (2011, 32f.).

³ Da keine Einigkeit über die Definition und Unterscheidung von moralischen oder ethischen Problemen und der Definitionsmacht darüber besteht, wird in dieser Arbeit dem Vorschlag Leupolds gefolgt, beide unter dem Begriff der „ethischen Problemlagen“ zusammenzufassen (vgl. Leupold 2023, 35).

werden können (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 68). Nach *deduktiver* Denkart geht man der Annahme nach, von allgemeinen Normen oder Prinzipien zum Besonderen des Einzelfalls fortzuschreiten (vgl. ebd. 67). Es werden die festgelegten, immer gleichen Normen oder Prinzipien auf bestimmte Situationen zur Analyse angewendet, wie eine Art Schablone (vgl. ebd. 64ff.). Nach *kasuistischen* Ansätzen hingegen geht man „von konkreten Fällen hin zu übergeordneten Kriterien“ (ebd. 68). Die Argumentation geht vom Einzelfall aus und basiert nicht auf feststehenden Prinzipien, stattdessen werden „paradigmatische Fälle“ (ebd.) herauskristallisiert, die besonders deutliche, musterhafte Beispiele für bestimmte Situationen darstellen (vgl. ebd.).

Des Weiteren werden idealtypisch drei *Hauptmodelle ethischen Argumentierens* unterschieden, die eingrenzen wonach Entscheidungen und Handlungen moralisch beurteilt werden sollen (Marckmann 2022a, 5f.). Ihre Definitionen werden hier jeweils anhand eines Beispiels veranschaulicht. Das erste Modell ethischen Argumentierens findet sich in der frühzeitlichen Ethik zu Zeiten ihrer Etablierung in der Antike, die vordergründig die Charakterbildung in Form der Tugendlehre betrachtete, deren Ursprünge insbesondere auf den Überlieferungen von Aristoteles und Platon basieren (vgl. ebd. 4; 8). In Tradition einer *Tugendethik* stehen die Tugenden im Fokus, hierbei wird gefragt, ob die Charakterzüge und Haltung einer Person moralisch angebracht sind (vgl. Schmid 2011, 50). Nach antiker Vorstellung gab es vier Kardinaltugenden, die eine Person in ihren Handlungen leiten sollte: „Klugheit, Gerechtigkeit, Tapferkeit und Besonnenheit“ (Marckmann 2022a, 8). Währenddessen setzen neuzeitliche Theorien vielmehr Werte und Normen in den Fokus, da Tugenden heute häufig „nicht als handlungsorientierend erfahren“ werden (Steinkamp/Gordijn 2010, 62). Ihnen kommen eher unterstützende Eigenschaften zu (vgl. ebd. 55). Dies ist unter anderem darin begründet, dass die Entwicklung stabiler Charaktereigenschaften in der Moderne durch die Anforderungen einer umfassenden Flexibilität erheblich erschwert ist (vgl. ebd. 61f.).⁴ Ein weiteres Modell ethischen Argumentierens findet sich in der Epoche der Aufklärung in Form der Überlegungen von Immanuel Kant (vgl. Marckmann 2022a, 6). Dieser erstellte ein von Handlungsbedingungen sowie deren Folgen unabhängiges Prinzip, welches er den „kategorischen Imperativ“ nannte und als „formales Prüfverfahren“ für Maximen dient (ebd. 7): „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werde.“ (Kant 1956, 421) Die Grundsätze Kants gelten als idealtypisches Beispiel einer *deontologischen* Ethik (vgl. Marckmann

⁴ Die Autoren Steinkamp und Gordijn weisen an dieser Stelle auf Becks Risikogesellschaft hin, der Mensch stehe unter ständigen Individualisierungswängen seiner eigenen Biografie, die zugleich neue Risiken des persönlichen Scheiterns mit sich ziehen (vgl. Beck 1986, 216ff.).

2022a, 6). Nach deontologischem Vorgehen stellt sich also die Frage, ob eine Handlung ihrer moralischen Pflicht gerecht wird (vgl. Marckmann 2022a, 5). Anders verhält es sich bei dem dritten Hauptmodell ethischer Argumentation, der *konsequenzialistischen* Ethik, die eine Handlung nach der moralischen Qualität ihrer Folgen beurteilt (vgl. Schmid 2011, 46). Eine der bekanntesten Formen dieser ethischen Argumentationsweise zeigt sich im Utilitarismus (vgl. Marckmann 2022a, 7). Nach utilitaristischer Denkart ist eine Handlung als moralisch richtig anzuerkennen, wenn der Nutzen, bzw. die Summe des Wohlergehens aller von der Handlung betroffenen Individuen, maximiert wird (vgl. ebd.). Bislang gibt es dabei jedoch ungelöste Schwierigkeiten bei der Nutzendefinition und zudem auch ethische Einwände dahingehend, dass die Summe des Nutzens berücksichtigt werde, nicht aber dessen Verteilung (vgl. ebd. 8). Dies stellt beispielhaft einen der Gründe dafür dar, warum die idealtypischen Ethikmodelle der Geschichte zu Orientierungszwecken im Alltag, nicht aber für herausfordernde Situationen der hier betrachteten Berufsfelder der heutigen Zeit ausreichen (vgl. ebd. 5).

Gegenwärtige Ethik entwickelt sich zunehmend handlungsorientiert, während Praxisfelder sich weiter ausdifferenzieren und komplexer gestalten (vgl. ebd.). Ausdifferenzierte Bereichsethiken sind daher notwendig (vgl. ebd.). So lässt sich eine zunehmende Beschäftigung mit Fragestellungen im Bereich der *Angewandten Ethik* in den vergangenen Jahrzehnten beobachten, was zugleich eine neue Gewichtung und Erwartungshaltung an die Ethik transportiert (vgl. Düwell 2011, 243). Durch praktische Orientierungsfragen auch in gesellschaftlichen und politischen Kontexten entwickelt sich das Verständnis von Ethik als allein akademische Reflexion von Moral und wissenschaftlicher Disziplin weiter, findet auch in öffentlichen Diskursen statt und nimmt zum Teil semi-politische Züge an (vgl. ebd. ff.). Wie bereits erwähnt beschäftigt sich die vorliegende Arbeit mit Ethik in Institutionen des Gesundheits- und des Sozialwesens, welche bereichsspezifisch und der Angewandten Ethik zuzuordnen sind (vgl. ebd. 243). Die Angewandte Ethik kann als „komplexes Beziehungsgefüge zwischen *theoretischen Reflexionen* auf Grundbegriffe und -prinzipien der Moral auf der einen und *praktischen Orientierungsfragen* auf der anderen Seite“ (ebd.; Kursiv. i. O.) beschrieben werden. Anwendung soll dabei nicht rein technisch verstanden werden, sondern meint vielmehr eine „Aktualisierung philosophischer Einsichten in veränderten Lebenskontexten“ (ebd.) also in Berücksichtigung spezifischer Sachgegebenheiten (vgl. Marckmann 2022a, 9). Somit entstehen keine Sonderethiken mit eigenen Normen, da in der Regel vermittelnde Ansätze präferiert werden, die durch die Formulierung allgemeingültiger, *mittlerer Prinzipien* für den spezifischen Bereich in verschiedenen Theorien Akzeptanz finden und so die unmögliche Aufgabe umgehen, sich für eine einzige Wahrheit zu entscheiden (vgl. ebd.; Düwell 2011, 245).

2.2 Ethik in Institutionen des Gesundheitswesens

„Die 73-jährige Frau O., die unter einem metastasierten Pankreaskarzinom leidet, wird notfallmäßig auf einer spezialisierten Palliative Care Station aufgenommen wegen der Exazerbation von Schmerzen, Nausea und Obstipation [...]. Diese Symptome können erfolgreich behandelt werden, deshalb wird das Augenmerk nun auf die Austrittsplanung gelegt. Als ihr Ehemann Frau O. für den geplanten Probeurlaub über das Wochenende nach Hause abholen will, reagiert sie mit Unverständnis. Sie kann nicht nachvollziehen, dass sie jetzt nach Hause gehen soll. Sie sei froh, nach den erlittenen Schmerzen wieder einigermaßen klar denken zu können, und nun wolle man sie vor die Tür setzen. Sie möchte nicht mehr nach Hause, denn sie habe dort nichts mehr zu erledigen. Sie wolle nur noch sterben. Die geplante Chemotherapie möchte Frau O. auch nicht mehr – die letzten Chemotherapien habe sie nur ihrem Mann zuliebe gemacht.“

*Frau O. ist der Meinung, dass ihr eine Sedation angeboten wurde, und nun möchte sie diese haben. Es stellt sich heraus, dass im Rahmen eines Informationsgesprächs über mögliche Therapien auch das Thema Sedation bei refraktären Symptomen zur Sprache gekommen ist. Die Patientin äussert diese Gefühle erstmals kurz vor dem geplanten Probeurlaub. [...] Im weiteren Verlauf verweigert Frau O. die Einnahme ihrer Medikamente, ausgenommen der Medikation zur Schmerzkontrolle (Pumpe für patientenkontrollierte Analgesie). Den seelsorgerischen Dienst möchte sie nicht in Anspruch nehmen, und dem psychoonkologischen Dienst steht sie skeptisch gegenüber. Teilweise verweigert sie auch Gespräche mit den Ärzt*innen und Pflegenden. Auch die Angehörigen von Frau O. lehnen eine unterstützende Betreuung ab. [...] Die Patientin wünscht eine Sedierung, das Behandlungsteam kann diesen Wunsch nicht erfüllen – hier zeigt sich ein ethisches und moralisches Dilemma.“*

(Reisinger 2017, 26)

Der beschriebene Fall stammt aus der Onkologiepflege und bietet ein Beispiel für die ethisch herausfordernden Situationen der heutigen Zeit, die Professionellen im Gesundheitswesen alltäglich begegnen können (vgl. ebd.; vgl. Patzig/Schöne-Seifert 1995, 1). Wie kann das Behandlungsteam Frau O.s Wünschen gerecht werden, ohne ihr zu schaden, und wer trifft die Entscheidung über ihre Weiterbehandlung aus welchen Gründen?, sind Fragen, die sich den Verantwortlichen in dieser Situation aufdrängen (vgl. Reisinger 2017, 26). „Was ist Sterbehilfe? Wie ist sie juristisch abgesichert und ethisch zu rechtfertigen?“ (Schreiner/Gahl 1995, 78), „Nach welchen Kriterien sollen die knappen [Organ-]Transplantate verteilt werden?“ (Schöne-Seifert 1995, 97) sind Beispiele für grundlegendere ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen dieser Zeit.

2.2.1 Entstehung und Entwicklung der ethischen Disziplin

Ethik ist jedoch nicht erst seit gestern ein hoch relevantes Thema im Gesundheitswesen: Die ältesten Überlieferungen moralischer Ansätze für ärztliches Handeln finden sich im europäischen Kulturraum in der Antike (vgl. Marckmann 2022a, 9). Der hippokratische Eid wird der Schule des Hippokrates nachgesagt und prägt seit circa 2500 Jahren das Grundverständnis der Ärzt*innen-Identität (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 20; Boschung 2003, 21ff.). Durch den

Eid gehe ein*e werdende*r Arzt*Ärztin⁵ gewisse Verpflichtungen ein und verspreche unter anderem, den Patient*innen⁶ bestmöglich zu nützen und ihnen nicht zu schaden (vgl. Boschung 2003, 9ff.). Der Eid findet sich in Form eines aktualisierten Gelöbnisses, der Deklaration von Genf autorisiert durch den Weltärztekongress, in der Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärzt*innen (vgl. BÄK 2024, 2). Die Medizinethik als eigenständige Disziplin entstand in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, in den 1970er Jahren (vgl. Marckmann 2022a, 9; Steinkamp/Gordijn 2010, 117f.). Neben ihrer akademischen Entwicklung in Form von Forschung und Lehre etablierten sich Dienstleistungen für Institutionen des Gesundheitswesens (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 74). Letzteres stellt einen Praxisbezug her, sodass sich die Wissenschaft als „pragmatische, anwendungsbezogene Disziplin“ (ebd.) in Wechselbeziehung zu Prozessen in den Einrichtungen weiterentwickelte. Der Anwendungsbereich der Ethik in der Medizin wird heute weiter gefasst und der Begriff „Ethik im Gesundheitswesen“ löst den der Medizinethik ab (vgl. Marckmann 2022a, 9). So werden verschiedene Bereiche des Gesundheitswesens, wie bspw. die Pflege, inkludiert (vgl. ebd.).

Ethische Fragestellungen und Problemlagen im Gesundheitswesen werden heute „deutlicher wahrgenommen“ und sind darüber hinaus „tatsächlich schwerwiegender“ (Steinkamp/Gordijn 2010, 75) geworden, was signifikant zu der Entwicklung der Bereichsethik beigetragen hat (vgl. ebd.). Grund hierfür sind verschiedene Faktoren, die im Folgenden kurz skizziert werden. Ein bedeutender Faktor für die Entwicklung moderner Ethik im Gesundheitswesen besteht in der *Weiterentwicklung medizinischer Handlungsmöglichkeiten* seit Ende des 19. Jahrhunderts, vor allem in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 77; Marckmann 2022a, 9). Der rasante Fortschritt medizinischer Technologie und neue Entdeckungen, wie die „künstliche Beatmung, die Organtransplantation“ (Marckmann 2022a, 9) und die Erfindung der kardio-pulmonalen Wiederbelebung⁷, erweiterten die Behandlungsmöglichkeiten und führten zu neuen ethischen Fragestellungen (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 77f.). Eine „sorgfältige Abwägung von Nutzen und Risiken“ (Marckmann 2022a, 9) der neuen Behandlungsmöglichkeiten wurde notwendig. Ein weiterer Faktor stellt die neuzeitliche *Veränderung und Vervielfältigung moralischer Überzeugungen* dar (vgl. Marckmann 2022a, 4;

⁵ Im antiken Griechenland (und lange danach) waren jedoch ausschließlich männliche Anwärter des Berufes angesprochen (vgl. Boschung 2003, 9ff.). Zu weiteren Entwicklungen, Anpassungen wie Interpretationen des Eids sowie seiner Wirkungsgeschichte und heutiger Relevanz siehe: Boschung (2003); Arz de Falco (2003).

⁶ Zu Gunsten eines vereinfachten Leseflusses und der Abgrenzung sind unter dem Begriff der „Patient*innen“ in der vorliegenden Arbeit alle Personen zusammengefasst, die in Institutionen des Gesundheitswesens versorgt werden, d. h. auch Bewohner*innen von Altenheimen sind hierbei bspw. inkludiert.

⁷ Da bis dato das Ausbleiben des Herzschlags und der Atmung als gesichertes Todeskriterium verstanden wurde, war die Entwicklung der Wiederbelebungsmethode geradezu revolutionär (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 77f.). Zur Folge hatte dies unter anderem die Eröffnung neuer ethischer Fragen und Dimensionen: Wie sei der Zustand wiederbelebter jedoch bereits hirntoter Patient*innen zu beurteilen? oder: Welche Lebensaussichten würden eine Reanimation bei Patient*innen in fortgeschrittenem Krebsstadium rechtfertigen? (vgl. ebd. 78 f.).

Steinkamp/ Gordijn 2010, 85). Die zunehmende Pluralität von Lebensformen und Wertvorstellungen verbunden mit der abnehmenden Autorität traditioneller Normensysteme betonte die Relevanz einer ausdifferenzierten Betrachtung und veränderte wie intensivierte den ethischen Diskurs im Gesundheitswesen (vgl. Marckmann 2022a, 4f.; 9; Steinkamp/ Gordijn 2010, 85ff.). Besonders die Selbstbestimmung der Patient*innen wurde stärker betont⁸, sodass in ethischen Auseinandersetzungen häufig primär verschiedene Interessen abgewogen werden müssen (vgl. Steinkamp/ Gordijn 2010, 85). Zusammenhängend kommen *Veränderungen in der Beziehung zwischen Arzt*Ärztin und Patient*in* hinzu (vgl. ebd. 84), sodass Patient*innen heute „zunehmend gleichberechtigte Partner[*innen] in einem gemeinsamen Entscheidungsprozess“ werden (Marckmann 2022a, 9). Auch die *Veränderungen des Berufsbilds von Ärzt*innen und Pflegenden*, die in flacheren Hierarchien und neuen Verantwortungsfragen resultierten, stellen einen weiteren wichtigen Faktor dar (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 82f.). Zudem spielt die besondere *Situation in den Pflegeheimen* wie in Altenheimen eine Rolle, wo die Langfristigkeit der Aufenthalte die ethischen Herausforderungen prägt und dadurch u. a. die sozialberuflichen Aspekte der pflegerischen Arbeit verstärkt werden (vgl. ebd. 83f.). Zuletzt ist eine veränderte *Wahrnehmung ethischer Problemlagen* in Einrichtungen des Gesundheitswesens zu nennen (vgl. ebd. 87). Die gestiegene Komplexität und Variabilität moralischer Überzeugungen führt dazu, dass manche ethischen Problemlagen erst als solche erkannt werden (vgl. ebd. f.), denn wenn „moralische Überzeugungen sich ändern, ändert sich auch die Wahrnehmung moralischer Probleme“ (ebd. 87). Dies sei auch gesamtgesellschaftlich zu erkennen, allgemein sei die Fähigkeit gewachsen, Probleme im Gesundheitswesen unter moralisch-ethischen Aspekten wahrzunehmen (vgl. ebd. 88). Gesundheitsspezifische ethische Fragen und Themenbereiche werden auch öffentlich diskutiert und erhalten einen „hohen Aufmerksamkeitswert“ (ebd.), wie beispielsweise Verantwortungsfragen bei Suizidassistenz (vgl. Deutscher Ethikrat 2022, 31ff.). Zudem lässt sich die gestiegene Relevanz an der Arbeit der Enquetekommission des Deutschen Bundestages und der Gründung des Ethikrats auch auf der Regierungsebene ausmachen (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 88f.).

2.2.2 Strukturen ethischer Auseinandersetzung

In Institutionen des Gesundheitswesens führte die gestiegene Relevanz ethischer Fragestellungen zur Organisation und Einrichtung von Strukturen für ethische Auseinandersetzung (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 89). Die für die heutige Zeit wichtigsten Strukturen wurden

⁸ Die Diskussion über die Patient*innenautonomie begann in den 1960er Jahren vor allem in den USA und den Niederlanden und wurde dort in Form von Patient*innenrechtsbewegungen in den 70ern stark vorangetrieben (vgl. vgl. Steinkamp/ Gordijn 2010, 85). Auch in Deutschland wurde die Autonomie von Patient*innen in den letzten Jahrzehnten gestärkt, hierbei stellt unter anderem die Einführung der Patient*innenverfügung im Zuge der Etablierung des Betreuungsrechts 1992 einen wichtigen Meilenstein dar (vgl. ebd.).

hauptsächlich in den letzten beiden Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts entwickelt (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 89) und sind nach Zentraler Ethikkommission (ZEKO) „mittlerweile breit etabliert“ (ZEKO 2020, 1). Ihre wichtigsten Organisationsformen sollen hier kurz vorgestellt werden.

Die in Deutschland am weitesten etablierte Form sind die *Ethikkommissionen* (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 89). Diese sind Verwaltungsgremien, die sich auf Forschung konzentrieren und Forschungsprotokolle beurteilen, genehmigen oder ablehnen können (vgl. ebd.). Die Kommissionen sind an medizinischen Fakultäten sowie Landesärztekammern angegliedert und insbesondere zwischen 1979 und 1982 eingerichtet worden (vgl. ebd.). Des Weiteren sind an Krankenhäusern *klinische Ethikkomitees* (KEKs) als „Beratungsgremien mit einer Satzung und einer festen Mitgliederstruktur“ (ebd. 90) angegliedert, wodurch eine gewisse Kontinuität in der Auseinandersetzung mit ethischen Fragen gewährleistet wird. Diese akkumulieren Erfahrungen wie auch Erkenntnisse und widmen sich der Organisationsebene (vgl. ebd.). KEKs haben sich „inzwischen in vielen deutschen Krankenhäusern etabliert“ (Schöchow/May/Schnell/Steger 2014; zit. n. Marckmann/Behringer/In der Schmitten 2018a, 116). Zudem hat sich die *ethische Beratung* etabliert (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 90). Hierbei handelt es sich um professionelle klinische Ethikberatung durch eine*n externe*n, speziell ausgebildete*n Ethiker*in (vgl. ebd.). Da Personen auch im ambulanten Bereich mit ethischen Problemlagen konfrontiert sind, etablierten sich seit den letzten Jahren auch hier Beratungsangebote (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 116). Ethische Beratung kann beispielsweise bei besonders schwierigen Entscheidungsfragen in Anspruch genommen werden (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 110).

Die Struktur der *ethischen Fallbesprechung* ist an die Ethikberatung angegliedert und unterstützt bei individuellen, ethisch schwierigen Entscheidungssituationen oder Problemlagen (vgl. AEM 2023, 319). Sie wird von qualifizierten Ethikberater*innen koordiniert und moderiert und kann von Einzelpersonen oder Teams in Anspruch genommen werden (vgl. ebd. f.). Die Besprechungen können in ihren Ausprägungen variieren, sie können etwa langjährig in Form regelmäßiger Teambesprechungen angelegt sein oder nach Bedarf „on demand“ in schwierigen Situationen im Ad-hoc-Team auf Station stattfinden (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 90; 106; 111). Ethische Fallbesprechungen können ebenso im ambulanten Sektor bei der ethischen Entscheidungsfindung hilfreich sein und bei Netzwerken wie beispielsweise dem Ambulanten Ethikkomitee Bochum e. V. (AEB) beantragt werden (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 116f.). Die Akademie für Ethik in der Medizin bietet Zertifizierung und Qualifikation von Ethikberater*innen an und entwickelt Empfehlungen und Standards für die Strukturen der Ethikberatung im Gesundheitswesen (vgl. AEM 2023, 313-324). Zur Durchführung einer Fallbesprechung wurde

eine Reihe von Methoden und Modellen entwickelt, darunter zum Beispiel die Nimwegener Methode (vgl. Steinkamp 2020), das Modell METAP (vgl. Schleger/Mertz/Meyer-Zehnder/Reiter-Theil 2019), die prinzipienorientierte Falldiskussion (vgl. Marckmann 2022b), das klinisch-ethische Interaktionsmodell (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010) oder auch spezielle Bildungsformate wie das Programm EthikFirst der Klink in Kiel (vgl. Kuhn/Lunden/Moysich/Rogge/Roscher/Caning/Rogge 2021)⁹. Des Weiteren sind ethische Leitlinien sowie Fortbildungsangebote zur Unterstützung ethischer Entscheidungsfindung im Gesundheitswesen weit etabliert (ZEKO 2020, 1).

2.2.3 Akademische Disziplin und Diskurs

Auch wenn Ethik im Gesundheitswesen als akademische Disziplin mit ihren 50 Jahren als vergleichsweise jung verstanden wird (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 118), hat sie sich seither in Forschung und Lehre weit entwickelt: Ethik wird inzwischen in Studiengängen für Berufe des Gesundheitswesens an Fakultäten und Hochschulen unterrichtet (vgl. Reiter-Theil/Christ 1997; zit. n. Steinkamp/Gordijn 2010, 118). Zudem wurden Zentren für Ethik im Gesundheitswesen gegründet, die in der Regel an Universitätskliniken und Fakultäten angebunden sind und beispielsweise bezüglich der Bearbeitung ethischer Fragen in Organisationen des Gesundheitswesens zusammenarbeiten (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 118). Des Weiteren bestehen Forschungsinstitutionen, wie das Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universitätsmedizin Göttingen. Außerdem wurden weitere, zum Teil unabhängige Foren und Strukturen errichtet, wie die Akademie für Ethik in der Medizin (AEM), die den wissenschaftlichen sowie öffentlichen Diskurs über Ethik im Gesundheitswesen beispielsweise durch die Durchführung von Symposien fördert (vgl. AEM 2025, o. S.). Inzwischen lässt sich eine große Bandbreite an deutschsprachiger Literatur und Publikationen zur Ethik im Gesundheitswesen verzeichnen. Dokumentiert wird die wissenschaftliche Debatte bspw. in der Datenbank „Ethik in der Medizin“ (ETHMED) der Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin (IDEM), welche zudem eine Spezialbibliothek mit allen verzeichneten Schriften und Informationen zum Thema Ethik im Gesundheitswesen betreibt (vgl. IDEM 2023, 1). Zudem wurden spezielle Fachzeitschriften geschaffen wie die Zeitschrift „Ethik in der Medizin“ der AEM und die „Zeitschrift für medizinische Ethik“.

Um den aktuellen *akademischen Diskurs um ethische Fallbesprechungen* im Gesundheitswesen einordnen zu können, bietet sich eine Sichtung der Publikationen in Fachzeitschriften der vergangenen fünf bzw. zehn Jahre an. Hierzu wurde eine Recherche mit der Literaturdatenbank ETHMED sowie dem Suchportal LIVIVO vorgenommen. Zur Nachvollziehbarkeit

⁹ Einen Überblick zu Modellen ethischer Fallbesprechung bietet bspw. Heiland (2018, 40f.).

befinden sich die Suchprotokolle im Anhang (Anhang 1; 2). Der akademische Diskurs lässt sich als aktiv und lebhaft beschreiben. Zur „ethischen Fallbesprechung“ und synonym verwendeter Begriffe finden sich eine Vielzahl an Artikeln. Zudem lässt sich der Diskurs als stabil einordnen, da im Vergleich der Ergebnisse der letzten fünf bzw. zehn Jahre sowie in ihrer Erscheinungsverteilung eine konstante Publikationsmenge festzustellen ist.

2.3 Ethik in Institutionen des Sozialwesens

„Der Sozialpädagoge Harald K. arbeitet als Streetworker mit rechtsorientierten Jugendlichen im Vorort von Hannover. Nach anfänglichen Ablehnungen seitens der Jugendclique hat er seit ca. einem halben Jahr einen guten Kontakt zu allen Jugendlichen aufgebaut. Gegenüber den Jugendlichen musste er sich jedoch verpflichten, Gespräche nicht an Dritte weiterzugeben.“

*Durch Vermittlung des Sozialarbeiters erhalten die Jugendlichen die Möglichkeit, die Räume eines städtischen Jugendfreizeitheimes regelmäßig zu nutzen. Einige der Jugendlichen wurden von ihm in pädagogisch betreute Arbeitsstellen vermittelt. Mit den Pädagog[*inn]en der Arbeitsmaßnahme steht Harald K. in gutem Kontakt. Von dort erfährt er, dass sich einige Jugendliche kritisch mit dem nationalistischen Denken auseinandersetzen.“*

Eines Abends wird der Sozialarbeiter Zeuge eines Gesprächs zwischen einigen der Jugendlichen, das darauf hindeutet, dass die Jugendlichen Migranten „klatschen“ wollen. Er teilt den Jugendlichen mit, welchen Eindruck er durch das ungewollt belauschte Gespräch gewonnen hat. Die Jugendlichen bestreiten, dass damit ein Überfall auf MigrantInnen gemeint sei, der Sozialarbeiter habe sich wohl verhört. Anschließend verlassen sie die Räume des Jugendfreizeitheimes. Harald K. hat den Eindruck, dass die Clique ihm nicht die Wahrheit gesagt hat, ist sich selbst jedoch unsicher, was die Clique tatsächlich vorhat. Er überlegt, ob er die Polizei informieren soll. Er weiß jedoch, dass die Einschaltung der Polizei für einen Teil der Jugendlichen große Schwierigkeiten bedeutet und die positive Arbeit mit ihnen damit abbrechen würde.“

- (K. 2011, 1)

Der beschriebene Fall zeigt eine beispielhafte Situation aus der sozialprofessionellen Praxis, die ethische Fragen aufwirft. Inwiefern ist ein Einschreiten bzw. ein Unterlassen legitim oder sogar verpflichtend? Welcher Handlung der Sozialarbeitende nachkommen sollte und aus welchen Gründen, lässt sich ethisch betrachten und diskutieren.

2.3.1 Ethische Dimension der Sozialen Arbeit

„Soziale Arbeit ist schon immer normativ hoch aufgeladen.“ (Lob-Hüdepohl 2017b, 1) Sie ist als *Menschenrechtsprofession*¹⁰ zu verstehen, womit laut Lob-Hüdepohl ihr moralischer Anspruch an Tätige im sozialprofessionellen Feld bereits sinnbildlich erkennbar wird: Ihr Auftrag geht über den alleinigen Respekt der Menschenrechte ihrer Klient*innen hinaus und umfasst deren Verteidigung sowie ihre Realisierung gegenüber stärkeren Dritten (vgl. ebd.). Da Soziale Arbeit also unmittelbar mit dem Anliegen der Bereitstellung von Hilfe und Unterstützung verbunden ist, kann sie sich wesentlich als „moralische Profession“ verstehen (vgl. Kaminsky 2018, 35).

¹⁰ Siehe zur Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession: Staub-Bernasconi (2019).

Den Sozialarbeitenden kommt in ihrer beruflichen Praxis ein „immens hohes Maß an Verantwortung“ zu (Nickel-Schampier 2020, 75). Die Reichweite der interventionellen Expertise der Profession ist beachtlich, wie Nickel-Schampier vor allem in Bezug auf die Hilfen zur Erziehung der Kinder- und Jugendhilfe (KJH) betont (ebd. 2021, 434f.). So agiert Soziale Arbeit häufig innerhalb von „rechtlich erweiterten Handlungsspielräumen“ (Kaminsky 2018, 176) und betritt - beispielsweise bei der Inobhutnahme gefährdeter Kinder - durch erforderliche Eingriffe in die Lebenswelt und persönlichen Rechte ihrer Klientel ein „ethisch-moralisch hochsensibles Terrain“ (ebd.).¹¹ Zudem ist die Arbeitsbeziehung zwischen Sozialarbeitenden und ihren Adressat*innen von einer gewissen Asymmetrie geprägt, indem die Adressat*innen auf die Expertise der Professionellen „angewiesen und ihnen unterlegen“ sind (ebd. 174). Im Kontext der Inanspruchnahme finden sich Klient*innen oft in „erheblich geschwächter Position“ (ebd. 36) wieder, welche ihnen ihre eigenständige Interessensvertretung erschwert. Demgegenüber nehmen Sozialarbeiter*innen also oft eine Machtposition ein (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 8). Genanntes sollte gegenüber den Klient*innen nicht nur rechtlich begründet sein, sondern „auch professionsethisch legitimiert werden“ (Staub-Bernasconi 2019, 89; vgl. Nickel-Schampier 2020, 75). Zu einer gelingenden Legitimation der Sozialen Arbeit als Profession ist diese daher angehalten, sich selbst ethisch aufzuklären und zu begründen, sodass Ethik zugleich als „*Legitimationsrahmen Sozialer Arbeit*“ (Kaminsky 2018, 36) hinsichtlich ihrer Stellung im gesellschaftlichen Gefüge fungieren kann (vgl. ebd. 33f.; 36). Auf dem Weg der Professionalisierung Sozialer Arbeit kann also die Formulierung ihrer Berufsethik durch den Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) als ein Meilenstein bezeichnet werden: Nach Staub-Bernasconi habe der eigens gestellte Ethikkodex basierend auf den Menschenrechten und der sozialen Gerechtigkeit die Auftragssituation der Sozialen Arbeit verändert wie professionalisiert (vgl. ebd. 85f.).

Die seit den 1970ern den Fachdiskurs prägende Vorstellung des „doppelte[n] Mandat[s]“ (Böhnisch/Lösch 1973, 27) wurde von Staub-Bernasconi zum „Tripelmandat“ erweitert (Staub-Bernasconi 2019, 83). Zu dem ersten Mandat, seitens der Gesellschaft bzw. des Trägers oder des Staates mit dem Auftrag der Hilfe und Kontrolle, und zum zweiten Mandat, seitens der Adressat*innen Sozialer Arbeit mit dem Auftrag der Unterstützung, wurde das dritte Mandat der Profession integriert, basierend auf „Wissenschaft sowie einer professionellen Ethik“¹²

¹¹ In der Rechtfertigung von sozialarbeiterischen Eingriffen stoßen ethische Theorien an ihre Grenzen: siehe bspw. zur Herausforderung der Rechtfertigung von Eingriffen durch advokatorische Ethik tiefergehend: Müller (2018, 295).

¹² Auch wenn die Debatte, ob oder wie weit es sich bei der Sozialen Arbeit um eine Profession handelt, anhält und auch die Vorstellung des dreifachen Mandats nicht ohne Kritik bleibt (vgl. bspw. Kaminsky 2018, 149-152), wird dies an dieser Stelle nicht diskutiert und dem Professionsverständnis nach Staub-Bernasconi gefolgt. Für einen Überblick zur Professionsdiskussion siehe bspw.: Galuske (2013, 126-134); Müller (2012). Zudem wird hier nicht weiterführend diskutiert, ob die Soziale Arbeit ein politisches Mandat trägt (für einen Überblick siehe: Merten 2001).

(Staub-Bernasconi 2019, 87; vgl. 86f.). Als Kurzformel des professionellen Mandats nennt die Autorin „nach bestem *Wissen* und *Gewissen*“ zu handeln (ebd. 87; Kursiv. i. O.) und erklärt eine „*relative Autonomie*“ (ebd. 89; Kursiv. i. O.) des professionellen Handlungsspielraums sowie die Ermöglichung einer kritischen Revision der Mandate durch das dritte (vgl. ebd. 89). So macht die *Berufsethik* nach DBSH das „*Herzstück der Profession der Sozialen Arbeit*“ aus (DBSH 2014, 5)¹³. Diese soll unter anderem berufliches Handeln ethisch begründen, Orientierungszwecke erfüllen, Selbstüberprüfung für Professionelle ermöglichen und Fehler vermeidbar machen, für mehr Transparenz und Sicherheit für Adressat*innen sorgen und zudem die Professionalität und Eigenständigkeit der Sozialen Arbeit stärken (vgl. ebd. 7f.). Dabei nutzt sie die *Menschenrechte als Referenzrahmen* (vgl. ebd. 14; 16) und benennt ihre obersten Prinzipien in Anlehnung an Kaminsky: „Autonomie, Wohlwollen, Nicht-Schaden, Solidarität, Gerechtigkeit, Effektivität“ (DBSH 2014, 27). Diese stimmen sinnhaft mit den formulierten Grundprinzipien durch die International Federation of Social Workers (IFSW) überein (vgl. IFSW 2014, 2)¹⁴. Damit verschreibt sich die Profession Soziale Arbeit national wie international der Umsetzung der Menschenrechte und Herstellung sozialer Gerechtigkeit unter dem zentralen Wert der Menschenwürde (vgl. Staub-Bernasconi 2019, 89).

2.3.2 Umsetzung der Berufsethik: Einflussfaktoren und ethische Fragestellungen

Es ist anzunehmen, dass die *Realisierung der berufsethischen Prinzipien in der Praxis* zu *Teilen strukturell nicht möglich* ist (vgl. Schneider 2023, 5; Como-Zipfel et. al. 2023, 17). Der Entscheidungsmacht und dem professionellen Handlungsspielraum der Profession sowie einzelner Fachkräfte sind Grenzen gesetzt, da ihre Arbeit durch ein „komplexes Feld“ (Como-Zipfel et. al. 2023, 16) von verschiedenen, aufeinander wirkenden Einflussfaktoren gerahmt ist¹⁵ (vgl. ebd.). Diese lassen sich in Mikro-, Meso- und Makroebene einordnen (vgl. ebd. 15 ff.)¹⁶. Während auf der Mikroebene personenbezogene Faktoren, wie die moralischen Vorstellungen einer Fachkraft, ihre Berufserfahrungen oder ihre individuellen Arbeitsbeziehungen eine Rolle spielen, beinhalten die Meso- und die Makroebene vor allem „vielfältige externe Einflussfaktoren“ (ebd. 17), die auf die Strukturen der Praxis einwirken (vgl. 15ff.). Die Autor*innen Como-Zipfel, Kohlfürst und Weß sprechen von „unmoralische[n] Strukturen“ (ebd. 21) und Aspekten,

¹³ Die Festlegung einer verbindlichen Berufsethik angesichts einer pluralen Gesellschaft, die durch den Paradigmenwechsel von Wohlfahrtsstaat zum aktivierenden Sozialstaat Problemlagen individualisiert und auf die Eigenverantwortung von Einzelnen verweist, sodass auch ethische Wertevorstellungen zur Eigenangelegenheit wurden, beschreibt der DBSH als herausfordernd, dies weise zugleich jedoch auf den notwendigen Bedarf dergleichen hin (vgl. DBSH 2014, 5ff.). Der Berufsethik wird eine ständige „Prozesshaftigkeit“ (ebd. 5) eingeräumt.

¹⁴ Die Grundprinzipien der Sozialen Arbeit nach IFSW: „Achtung des innenwohnenden Wertes“, „Anerkennung der Würde des Mensch-Seins“, „keinem Menschen Schaden zufügen“, „Anerkennung der Verschiedenheit“ und der „Verteidigung der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit“ (2014, 2).

¹⁵ Zu den Einflussfaktoren siehe auch: Galuske (2013, 55); Banks (2021, 195); Como-Zipfel et. al. (2019, 15-23); Kohlfürst (2016, 215f.).

¹⁶ Zuordnung der Ebenen nach Autor*innen angelehnt an Bronfenbrenner (1981, 37ff.).

„die unumgänglich zu ethischen Herausforderungen führen müssen“ (Como-Zipfel et. al. 2023, 21). Eine analoge Ebenen-Strukturierung wurde auch in einer Studie von Kulke und Weß zu wahrgenommenen ethischen Fragestellungen in der Praxis sozialer Berufe vorgenommen (vgl. Kulke/Weß 2023, 68f.). Im Folgenden wird eine Auswahl an Einflussfaktoren verbunden mit Kategorien ethischer Fragestellungen in sozialen Berufen angeführt¹⁷.

Auf *gesamtgesellschaftlicher Ebene (Makroebene)* übt vor allem das politische Geschehen wie auch die wirtschaftspolitische Philosophie und die aus ihr resultierenden Entscheidungen signifikant Einfluss auf die Strukturen sozialer Berufe aus (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 15-21). Der Neoliberalismus prägt gesellschaftliche Normen und Werte sowie die Finanzierung wohlfahrtsstaatlicher Organisation und sozialer Dienstleistungen in Deutschland (vgl. ebd. 17ff.). Aus neoliberaler Perspektive stellt der Sozialstaat einen „Krisenfaktor“ (ebd. 19) für wirtschaftliche Interessen wie Wachstum und freie Entfaltung dar, was in Forderungen von Leistungskürzungen im sozialen und gesundheitlichen Bereich resultiert (vgl. ebd. 18f.). Zugleich erklärt das neoliberale Narrativ die Mitglieder einer Gesellschaft als selbstverantwortlich, individualisiert Problemlagen, marginalisiert problematisierte Bevölkerungsgruppen und untergräbt damit die Bedeutsamkeit relevanter Faktoren wie dem sozioökonomischen Status, Teilhabe oder Chancenverteilung, die mit sozialen Problemlagen korrelieren (vgl. ebd. 27f.). Sozialarbeiterische Angebote zielen daher auf Verhaltensänderungen der Adressat*innen, Resilienzsentwicklung und die Übernahme individueller Verantwortung für die eigene Problemlösung und fordern damit ein „individuelle[s] soziale[s] Inklusionsbemühen“ (ebd. 28) ein, das sich beispielsweise in der Bereitschaft zeigt, auch prekäre Beschäftigungsverhältnisse einzugehen (vgl. ebd.). Fachkräfte stellen sich bezüglich gesellschaftlicher Normen sehr grundsätzliche ethische Fragestellungen in ihrer beruflichen Praxis, beispielsweise in Bezug auf die Leistungsorientierung und die Widersprüchlichkeit des Auftrags, die Klient*innen „[...] wieder funktionsfähig zu machen und in ein System zu reintegrieren, das sie krank macht“ (Kulke/Weß 2023, 70).

Auf *institutioneller Ebene*, das heißt in der Bereitstellung sozialer Dienste, ihrer Konzeption und der Organisation von Einrichtungen (*Mesoebene*), üben unter anderem ökonomische Aspekte Einfluss auf die sozialarbeiterische Praxis aus (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 15; 21ff.). Da öffentlich finanzierte Träger finanziell abhängig von politischen Entscheidungen sind, wirken sich „vorgegebene Sparmaßnahmen“ (ebd. 21) auf die Organisation von sozialen

¹⁷ Zu beachten ist hierbei, dass die Faktoren und Fragestellungen nicht immer eindeutig den Ebenen zugeordnet werden können, da die Ebenen aufeinander wirken und Kausalitätszusammenhänge die Ebenen verweben (vgl. Kulke/Weß 2023, 69; 81f.; Como-Zipfel et. al. 2023, 15ff.). Es handelt sich im Folgenden um eine eigene und nicht vollständige Darstellung, um mögliche Zusammenhänge zwischen den Einflüssen und den ethischen Fragestellungen direkt aufzuzeigen. Siehe vollständig: Como-Zipfel et. al. (2023); Kulke/Weß (2023).

Einrichtungen aus, die in unmoralischen Strukturen resultieren können: die Einstellung gemeinnütziger Projekte, Schließungen von Einrichtungen, Rückgriff auf fachfremdes Personal und ehrenamtliches Engagement sowie die Schaffung prekärer Einstellungsverhältnisse wie z. B. befristete Arbeitsplätze (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 21f.). Die Sozialarbeitenden geben mangelhafte Ressourcen an, insbesondere bezüglich der Zeit, sowie eine „dauerhafte personelle Unterbesetzung“ (Kulke/Weß 2023, 71). Infolgedessen führe Überarbeitung sowie Unzufriedenheit zu Qualitätsverlust der Arbeit und wird damit auch ethisch als relevant wahrgenommen (vgl. ebd.). Zudem benennen die Befragten auch explizit Finanzierungsfragen als ethisch herausfordernd, da die Einrichtungen unter ökonomischen Druck stehen: Beispielsweise forcieren ein Belegungsdruck in stationären Einrichtungen wie Jugendwohngruppen die Neuaufnahme von Jugendlichen zugunsten der Auslastung, statt die Entscheidung der Aufnahme nach der Gruppendynamik zu richten (vgl. ebd. 72). Aber auch Einsparungen „zulasten der Klient*innen“ (ebd.) werden häufig als ethisch fragwürdig thematisiert.

In Bezug auf die *Arbeitsweise*, die von individuellen Faktoren der Fachkraft oder auch Erwartungen von Adressat*innen geprägt ist (*Mikroebene*), lassen sich eine Vielzahl ethischer Fragestellungen verzeichnen, die im Vergleich mit den Fragen der anderen Ebenen konkreter erfasst werden und unter anderem explizit Problemlagen ansprechen (vgl. Kulke/Weß 2023, 74-81; vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 15). Zentral erweisen sich dabei Fragestellungen der Kategorie des Doppel- bzw. Tripelmandats (vgl. Kulke/Weß 2023, 74). Wie oben bereits angeführt handelt es sich um eine mehrseitige Auftragssituation, ein „strukturell angelegte[s] Spannungsverhältnis“ (Böhnisch/Lösch 1973, 28) in der Sozialen Arbeit, innerhalb dessen ihre Professionellen verschiedene Interessen und Verpflichtungen abwägen müssen (vgl. ebd.; Staub-Bernasconi 2019, 86f.). „Identitäts-, Loyalitäts-, Rollen-, und Handlungskonflikte sind dadurch vorprogrammiert.“ (Staub-Bernasconi 2019, 87; Böhnisch/Lösch 1973, 27f.; Como-Zipfel et. al. 2023, 14) In der sozialberuflichen Praxis werden Situationen konfigrierender Mandate durchaus als ethisch relevant erfahren, zum Beispiel wenn ein Kostenträger Leistungen kürzt oder verweigert und beispielsweise mit geforderten, unerfüllten Verhaltensänderungen argumentiert, die aus Sicht der Fachkraft unrealistisch sind (vgl. Kulke/Weß 2023, 74). „Muss ein Bewohner das Wohnheim verlassen[,] weil der Kostenträger nicht mehr zahlt, obwohl klar ist[,] dass dieser Mensch dann keinerlei Unterkunft hat [...]?“ (ebd.) Und unter Kürzungen von Sozialleistungen „leiden sowohl die Klient[*innen] als auch die MitarbeiterInnen [sic]“ (ebd.). Damit zusammenhängend kann auch die Kategorie der Loyalitäts- oder Interessenkonflikte betrachtet werden (vgl. ebd. 77). Vor allem die Abwägungen um drohende Kindeswohlgefährdungen stellt sich herausfordernd dar: „In welcher Situation ist es tatsächlich das Beste, Kinder von ihren Bezugspersonen/Eltern zu trennen?“ (ebd.).

Festzustellen ist also einerseits, dass Einflussfaktoren, wie die Beschriebenen, sich hinderlich auf die Umsetzung der Berufsethik in der Praxis auswirken können (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 21; Kohlfürst/Kulke 2023, 91ff.) und andererseits, dass es ein breites Spektrum ethischer Fragestellungen und darunter teils Problemlagen gibt, die sich Sozialprofessionellen in ihrer Praxis stellen (vgl. Kulke/Weß 2023, 81 ff.). Hinzu kommt auch im sozialen Bereich eine sich steigernde moralische Komplexität (vgl. Kohlfürst/Kulke/Leupold/Como-Zipfel 2023, 7f.; Lob-Hüdepohl/Riedel 2023, 1). Zudem wurde ein häufiges Auftreten ethischer Fragestellungen in sozialberuflicher Praxis festgestellt: Die Ergebnisse einer Studie von Como-Zipfel, Kohlfürst und Kulke (2019) zeigen, dass ethische Fragestellungen wie auch Problemlagen und „damit verbundene Unsicherheiten genuiner Teil des beruflichen Alltags sind“ (ebd. 55). Sie kommen nicht nur gelegentlich oder in Ausnahmefällen vor, sondern sind „vertraute Begleiterinnen des professionellen Auftrags“ (ebd. 55)¹⁸. So sieht sich die alltägliche Praxis Sozialer Arbeit „regelmäßig mit Situationen konfrontiert, in denen moralische Verbindlichkeiten miteinander in Konflikt geraten“ (Lob-Hüdepohl 2017b, 1).

2.3.3 Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung

Die „hohe[...] Bedeutung“ (Como-Zipfel et. al. 2019, 44), die ethischen Fragestellungen und Problemlagen im Sozialwesen beizumessen ist, zeigt sich wie oben dargestellt in mehreren Aspekten: in der Immanenz der ethischen Dimension in der Sozialen Arbeit (Gegenstand, moralisches Selbstverständnis, Auftrag und Mandate), in der Häufigkeit und Alltäglichkeit des Auftretens ethischer Fragestellungen und Problemlagen, in der damit verbundenen Unsicherheit im Umgang mit ihnen sowie in ihrer Vielfältigkeit. All dies wird durch den Kontext des Einflusses unmoralischer Strukturen und einer zunehmenden moralischen Komplexität in der sozialen Praxis nochmals unterstrichen. Nach aktuellem Wissensstand besteht hier ein Konsens im Fachdiskurs. Werden die genannten Erkenntnisse zudem noch vor dem Hintergrund der Verantwortung und Machtposition betrachtet, die Sozialprofessionellen bezüglich ihrer Interventionsreichweite zukommen, drängt sich die Frage nach dem moralisch richtigen Handeln auf (vgl. Lob-Hüdepohl 2017b, 1). Die „Notwendigkeit, angemessene und begründete ethische Entscheidungen zu treffen“ (Como-Zipfel et. al. 2019, 13) und dabei „den Prozess der Entscheidungsfindung so weit wie möglich einer subjektiven Beliebigkeit oder Willkür zu entziehen und ihn zu operationalisieren und zu objektivieren“ (ebd. 13f.) wird deutlich. Es ergibt sich also die Frage nach dem „professionellen Umgang“ (ebd. 44) mit ethischen Fragestellungen und

¹⁸Die Auswertung der Befragung zeigt, es sind „18,0%, die mindestens täglich und 42,5 %, die mindestens einmal pro Woche einer ethischen Fragestellung oder einem Dilemma gegenüber stehen“ (Como-Zipfel et. al. 2019, 44). Ausführlicher siehe: ebd. 43f. Hierbei sei zugleich auf die Limitation der Studie hingewiesen, deren Ergebnisse nicht als repräsentativ anzusehen sind, da vermutlich hauptsächlich Interessierte an der Befragung teilgenommen haben, dennoch kann sie einen umfassenden Überblick bieten (vgl. ebd. 24).

Problemlagen in der Sozialen Arbeit¹⁹. Weitergehend lässt sich feststellen, dass das bloße Vorhandensein der Berufsethik, trotz ihres „identitätsstiftenden Charakter[s]“ (Como-Zipfel et. al. 2019, 54) und ihrer Orientierungsfunktion nicht ausreicht, um mit den der Sozialen Arbeit „immanenten Herausforderungen“ (ebd. 44) professionell umgehen zu können (vgl. ebd. 54ff.). Und auch wenn sich das Vermitteln ethischer Inhalte und Theorien im Curriculum der Lehre der sozialarbeiterischen Ausbildung etabliert habe (vgl. FBTS 2016; DGSA 2016)²⁰, kann angezweifelt werden, dass dies ausreicht (vgl. Kaminsky 2018, 179-182). Kaminsky äußert Zweifel, dass der Umfang und die eventuelle Abstraktheit der Vermittlung ethischer Ansätze genügen, um bei den Fachkräften einen fähigen Umgang, im Sinne einer nötigen ethischen Reflexionskompetenz und moralischen Sensibilität, für die „situativ konkret aufkommenden und unmittelbar zu bewältigenden“ (ebd. 180) ethischen Problemlagen im sozialarbeiterischen Alltag voraussetzen zu können (vgl. ebd. 179-182).

Die Frage nach dem professionellen Umgang mit ethischen Herausforderungen wird also zur Frage nach Unterstützungsstrukturen und -angeboten für die Fachkräfte, nach *Strukturen ethischer Auseinandersetzung und Reflexion* (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 44). Als die drei elementaren Formen institutionalisierter ethischer Reflexion gelten ethische Leitlinien der Organisationen, die ethische Fallbesprechung und Ethikkomitees bzw. Ethikbeauftragte (vgl. ebd.), welche zusehends etabliert werden (vgl. ebd. 12f.)²¹. Allerdings weist die Verbreitung dieser Reflexionsstrukturen bislang noch Lücken auf, sodass ethische Fragen und Konflikte am häufigsten im informellen Austausch mit Kolleg*innen thematisiert werden (vgl. ebd. 45f.; 51). Dieser erscheint jedoch ungeeignet zur Behandlung ethischer Konfliktsituationen (vgl. ebd. f.). In der Bewältigung ethischer Problemlagen (hier insbesondere für ethische Dilemmata im Konflikt mit dem Tripelmandat geprüft) erscheint auch der Einsatz ethischer Leitbilder oder Ethikbeauftragter bzw. -komitees „wenig geeignet“ (ebd. 50). „Allein die ethischen Fallbesprechungen scheinen wirklich hilfreich zu sein.“ (ebd. 50) Zudem zeigen sich Teamsitzungen und Supervisionen als erfolgreiche Instrumente in der Dilemma-Bearbeitung (vgl. ebd. 53f.; 56), jedoch wird sich, um professionellen Ansprüchen und der Komplexität von Situationen gerecht zu werden, für die speziell analytischen und strukturierten Methoden der ethischen

¹⁹An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass nicht jede ethische Fragestellung gleich eine Problemlage darstellt oder sich zu ebendieser entwickelt, welche vordergründig einer Klärung bedürfen (vgl. Kulke/Weß 2023, 83).

²⁰Der aktuelle Qualifikationsrahmen der Sozialen Arbeit (QR SozArb 6.0) verabschiedet durch den Fachbereichstag Soziale Arbeit (FBTS) nennt das Erlernen ethischer Kompetenzen als empfohlene Voraussetzung für die Verleihung staatlicher Anerkennung an Sozialarbeiter*innen (vgl. FBTS 2016, 57) und auch in den Vorgaben des Kerncurriculums der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) findet sich der Studienbereich „Normative Grundlagen Sozialer Arbeit“ (DGSA 2016, 6) als einer von sieben wichtigen Bestandteilen der Studiengänge wieder.

²¹ Dabei erweisen sich die ethischen Leitlinien/-bilder als die meistverbreitete Form (78%), ethische Fallbesprechungen finden seltener statt (47,6%), während Ethikkomitees bzw. Ethikbeauftragte sehr selten (7,6%) etabliert sind (vgl. Como-Zopfel et. al. 2019, 44ff.). Auch hier sei auf die Limitation der Repräsentanz der Studienergebnisse hingewiesen (vgl. ebd. 24).

Fallbesprechung ausgesprochen (vgl. Woellert 2021, 14-17). Die verbale Reflexion ethischer Herausforderungen in einer Gruppe in fachlicher Tiefe mit systematischer Struktur stellt sich als hilfreich wie notwendig für die Lösung ethischer Problemlagen und die Reduktion ihrer Konfliktpotentiale dar (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 52-56). Zudem erfolgt eine verstärkte Interessenswahrnehmung der Klient*innen und Profession und das „sozialarbeiterische Handeln wird professioneller“ (ebd. 54). Ethische Fallbesprechung wurde bereits in Forschungsprojekten erprobt (vgl. Noller 2019; Priebe 2019) und unter anderem als „sehr wirkungsvoll“ (Priebe 2019, 27) in der Dilemma-Bearbeitung befunden. Die Notwendigkeit ethischer Entscheidungsfindung durch ethische Fallreflexion in sozialen Berufen präsentiert sich also nach aktuellem Stand des Fachdiskurses als „unstrittig“ (Leupold/Wallroth 2023, 135). Das Zurückgreifen auf geläufige Ethikkodizes sei zu Orientierungszwecken in der Praxis nicht ausreichend und ein beratender Austausch werde erforderlich (vgl. Lob-Hüdepohl 2017b, 2). Eine regelmäßige ethische Fallberatung findet jedoch „bei Weitem noch nicht flächendeckend“ statt, wie Deterra und Leupold zusammenfassen (vgl. ebd. 2023, 164; Como-Zipfel et. al. 2019, 45). Zudem bestehe ein „Mangel[...] an explizit für soziale Berufe konzipierten Modellen zur ethischen Fallberatung“ (Kohlfürst et. al. 2023, 11). Deutlich häufiger sind Modelle für gesundheitsbezogene Praxis anzutreffen (vgl. Deterra/Leupold 2023, 164; Leupold 2023, 32). Ein *Professionalisierungsbedarf der ethischen Entscheidungsfindung in sozialen Berufen* wird deutlich (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 129f.).

Ein zentrales Ziel der Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung sei in erster Linie eine „bestmögliche Realisierung professionsmoralischer Angemessenheit beruflicher Praxis in sozialen und gesundheitsbezogenen Organisationen“ (Leupold/Wallroth 2023, 131; Kursiv. i. O.). Mit einer professionalisierten, analytisch-systematischen Entscheidungsfindung gehe verglichen mit nicht-systematisch getroffenen Entscheidungen eine verminderte Fehleranfälligkeit einher (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 131; Woellert 2021, 14-17; Schleger et. al. 2019, 143-151). Dem sei hinzuzufügen, dass neben dem sozialarbeiterischen Handeln auch die Haltungen der Sozialarbeitenden professioneller wird (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 53f.), was sich als Schutzfaktor vor bspw. einem zu vermeidenden dienstlichen Machtmissbrauch (vgl. ebd. 8-11) erweisen könnte. Des Weiteren ziele eine Professionalisierung auf die „Entlastung von Professionellen angesichts der psychischen Reaktionen von moralischem Unbehagen auf eine Praxissituation mit moralischer Komplexität“ ab (Leupold/Wallroth 2023, 132, in Bezugnahme auf: Kühlmeyer 2022, Monteverde 2019; vgl. Schmid 2011, 9). Moralischer Stress oder „moral distress“ beschreibt eine „negative Emotion als Reaktion auf eine Situation, die als moralisch unerwünscht empfunden wird“ (Schrems 2017, 14; zit. nach Preusche 2019, 12) und kann auftreten, wenn ethische Problemlagen (insbesondere Dilemmata) nicht bearbeitet werden

(vgl. Preusche 2019, 11; 13). Ein zu häufig oder zu intensiv erlebter moralischer Stress kann sich auf die Arbeitszufriedenheit sowie den Gesundheitszustand von Fachkräften ausüben und schwerwiegende Folgen wie Depressionen oder Burnout herbeiführen (vgl. Kühlmeyer 2022, 140). In Verbindung mit unmoralischen Strukturen und dem Sich-Arrangieren mit diesen kann dauerhafter moralischer Stress zu Frustration und einer moralischen Desensibilisierung bzw. nach Kerstings zum „Coolout“ führen, im Sinne einer moralischen Abkühlung und der Einnahme einer pragmatischen, resignierten Haltung (vgl. Kersting 2013; zit. n. Preusche 2019, 11f.)²². Hierbei lässt sich weitergehend ein Risiko einer bedrohten moralischen Integrität der Fachkräfte erkennen (vgl. Leupold 2023, 40). Preusche fasst die Relevanz professioneller ethischer Auseinandersetzung für die verschiedenen beteiligten Zielgruppen zusammen (vgl. ebd. 2019, 15): für die Klientel Sozialer Arbeit bedeutet sie eine bestmögliche Wahrnehmung ihrer Interessen und Rechte; die Sozialarbeitenden gewinnen an „Handlungssicherheit“ (ebd.), Entlastung sowie gestärkten Teamzusammenhalt; für Unternehmen bedeutet sie ein „Qualitätsmerkmal“ (ebd.; vgl. Schmid 2011, 24-27) und kann zudem als „Vertrauensressource“ (Preusche 2019, 15) nach außen wirken; der Politik kann durch ethische Auseinandersetzung im Sozialwesen ihre problematischen Strukturen aufgezeigt und die Umgestaltung der Rahmenbedingungen angeregt werden (vgl. ebd.).

Eine institutionelle Infrastruktur in Form von konzeptuellen Modellen ethischer Entscheidungsfindung, die das Ermöglichen und Kultivieren professioneller Weisheit und damit die Ziele der Professionalisierung realisierbar machen, ist erforderlich (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 131; 133; vgl. auch: Kohlfürst et. al. 2023, 8; Schmid 2011, 21, 85ff.). Entwickelte *Modelle ethischer Fallbesprechung* speziell für das Sozialwesen sollen hier in Kürze vorgestellt werden. Das Spektrum der Modelle ist nach bestimmten Gesichtspunkten bspw. in Bildungs- und Praxisformate einzuteilen (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 134ff.). Die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung in der sozialberuflichen Praxis soll dabei vor allem durch Praxisformate erreicht werden (vgl. ebd. 129; 135). Das Berliner Modell B:ERGO bietet einen offenen Rahmen, in dem institutionsspezifische Modelle anschlussfähig gemacht werden (vgl. Lob-Hüdepohl 2017a, 1) und stellt ein Beispiel für Modelle dar, die eher in Richtung eines Praxisfokus tendieren, indem Fälle meist prospektiv auf der Suche nach einer ethisch vertretbaren Handlung besprochen werden (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 134). So auch der Leitfaden EPOS, welcher insbesondere für Heime, also für das Sozial- wie auch das Gesundheitswesen, entwickelt worden ist (vgl. Schmid 2011). Im Unterschied dazu stellen Bildungsformate eher die ethische

²² Leupold, Wallroth und Preusche nehmen hier Bezug auf Erkenntnisse, die erstmalig im Gesundheitswesen erlangt wurden und übertragen diese auf das Sozialwesen, beispielsweise wurde das Phänomen moralischer Desensibilisierung oder Coolouts von Kersting beim Pflegepersonal erforscht (vgl. Preusche 2019, 11f.).

Bildung ihrer Teilnehmenden in den Fokus, wobei Praxisfälle auch retrospektiv nachbesprochen werden können (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 134 ff.). Beispiele hierfür finden sich an der Fachhochschule Münster, wo im Theorie-Praxis-Projekt mit Studierenden Fälle nach der kollegialen ethischen Fallberatung reflektiert werden (vgl. Wallroth 2023), an der Hochschule in Hannover in Form des Schemas sittlicher Urteilsbildung (vgl. Weber 2023a), an der Fachhochschule Oberösterreichs in Form des 4-Faktoren-Modells (vgl. Kohlfürst 2023) und in Form eines Mischformats an der Hochschule für angewandte Wissenschaften (HAW) in Hamburg, wo im Rahmen der Ethik-AG Formate zur ethischen Bildung und Praxisberatung entwickelt und erprobt werden sowie Werkstattgespräche in Form der kollegialen ethischen Fallberatung (KEF) stattfinden (vgl. Deterra/Leupold 2023).

2.3.4 Akademische Disziplin und Forschungsstand

Das Interesse an Ethik in der Sozialen Arbeit präsentiert sich allgemein als hoch, was an der großen Menge wissenschaftlicher Publikationen auszumachen ist und eine weitere Zunahme dieser kann erwartet werden (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019, 12), da sich neue Formate etablieren wie beispielsweise der „Kooperationskreis Ethik“, die Fachzeitschrift „EthikJournal“ oder das Portal „EthikDiskurs“. Aktuelle Fachdiskurse thematisieren beispielsweise moralische Vulnerabilität und Belastungssituationen im Sozialwesen (vgl. bspw. Schäper 2023; Schneider 2023). Ethik in der Praxis Sozialer Arbeit gilt aktuell jedoch als wenig empirisch erforscht (vgl. Kulke/Weß 2023, 64). Beispiele empirischer Forschung wurden in diesem Kapitel bereits angeführt (vgl. Como-Zipfel et. al. 2019; 2023; Kulke/Weß 2023).

Die ethische Fallbesprechung in sozialen Berufen wird zurzeit häufiger in wissenschaftlichen Publikationen wie Sammelbänden und Monografien zum Thema (vgl. Leupold 2023, 32), jedoch erweist sie sich im akademischen Diskurs in Fachzeitschriften als unterrepräsentiert. Um den akademischen Diskurs zu ethischen Fallberatungen im sozialen Bereich einzuordnen, wurde eine Recherche zu Beiträgen in Fachzeitschriften für soziale Berufe vorgenommen. Dazu wurde die Literaturdatenbank SoLit des Deutschen Zentralinstituts für soziale Fragen (DZI) sowie die Rechercheplattform WISO verwendet (siehe Suchprotokolle im Anhang: 3; 4). In der deutschsprachigen Fachliteratur lassen sich *in den letzten zehn Jahren (2015-2025) genau ein relevanter Beitrag zum Themenfeld der ethischen Fallbearbeitung in der Sozialen Arbeit verzeichnen*. Der akademische Diskurs der Profession zu diesem Thema kann als unterentwickelt beschrieben werden.

2.4 Vergleichbarkeit und Entwicklungsstand der ethischen Reflexionsprozesse

Zunächst lässt sich feststellen, dass das Gesundheits- und das Sozialwesen einige Parallelen aufweisen, was einen angestrebten Vergleich ihrer reflexiven Prozesse zulässt bzw. erst als

gewinnbringend erscheinen lässt. Die beiden betrachteten Berufsfelder lassen sich als Professionen verstehen (vgl. Kaminsky 2018, 27; 29f.; BÄK 2024, 2). Ohne hier den Debatten über die Begriffsklärung von „Professionen“ ein Ende bereiten zu können und wollen, lassen sich bislang konsensuale Merkmale in beiden Bereichen erkennen: Ihnen kommt ein besonderer Status zu, welcher mit bestimmten Befugnissen und einer gewissen Machtposition einhergeht (vgl. Kaminsky 2018, 30). Beide erbringen „gesamtgesellschaftlich relevante Leistungen“ (ebd.) basierend auf einer besonderen, wissenschaftlich fundierten Expertise, die ein spezielles Gebiet umfasst und eine große funktionale Bedeutung für die Gesellschaft trägt (vgl. ebd. 29f.). „Als Profession nimmt die Soziale Arbeit damit eine Stellung ein, die strukturell mit der Stellung der Medizin vergleichbar ist.“ (ebd. 92). Der Handlungsgrund beider Berufsfelder ist in der „prinzipiellen Verletzlichkeit des menschlichen Daseins fundiert“ (ebd. 92). Das Gesundheitswesen (hier insbesondere die somatische Medizin) zielt auf eine kurative wie präventive Überwindung physischer (und psychischer) Verletzungen, während die Soziale Arbeit die konkreten Gefährdungen der sozialen Existenz menschlicher Individuen zu überwinden hilft (vgl. ebd. 92f.). In ihrer Zielsetzung lässt sich bei beiden Bereichen eine starke moralische Komponente erkennen (vgl. Steinkamp 2017, 6; 8). Die beiden Professionen teilen zudem ähnliche moralische Grundsätze (bspw. die Selbstbestimmung) und verbinden Praxis und Wissenschaft, indem ihr Handeln zugleich als Quelle und Bezugspunkt wissenschaftlicher Erkenntnisse dient (vgl. Kaminsky 2018, 94). Das zentrale Spannungsfeld des Doppel-/Tripelmandats in der Sozialen Arbeit lässt sich mit einer ähnlichen Situation im Gesundheitswesen vergleichen, so erklärt Staub-Bernasconi den Hippokratischen Eid als das älteste bekannte professionelle Mandat und leitet ein Doppelmandat im Gesundheitswesen her (vgl. Staub-Bernasconi 2018, 84f.). Beide Berufsfelder erfordern zudem eine Balance zwischen Hilfe und Kontrolle, stehen teils unter externen Einflüssen wie zum Beispiel ökonomischer Aspekte und operieren innerhalb von Strukturen, die eine adäquate Umsetzung ihrer berufsethischen Prinzipien zu Teilen erschweren können (vgl. Steinkamp 2017, 8; 11f.; Como-Zipfel et. al. 2023, 17ff.; Kohlfürst/Weß 2023, 72). Zudem treten teilweise ähnliche Belastungssphänomene in beiden Bereichen sowie einige parallele ethische Herausforderungen auf, wie bspw. die personelle Unterbesetzung (vgl. Kohlfürst/Weß 2023, 71; tagesschau 2024; Preusche 2019, 11f.). Den moralischen Belastungssituationen ist durch ethische Reflexion entgegenzuwirken und in beiden Arbeitsbereichen ist die bestmögliche Realisierung ihrer Bereichsethiken zu fordern und fördern. So ergibt sich eine hohe Relevanz der Ethik und der ethischen Reflexion ihrer Praxis. Mit Blick auf die Geschichte präsentiert sich dies mit Nachdruck: An den Verbrechen gegen die Menschlichkeit durch das nationalsozialistische Regime waren sowohl die Medizin als auch die Sozialarbeit beteiligt, was ein bzw. *das Mahnmal für die Professionen* darstellt

(vgl. Staub-Bernasconi 2019, 88; Nolzen/Sünker 2018, 1067-1077; BÄK 2012). Von beiden Professionen ist daher eine Resistenz durch ethische Reflexion gegenüber Machtmissbrauch und unmoralischer Zweckentfremdung einzufordern. Eine professionelle ethische Entscheidungsfindung erweist sich demnach in beiden Feldern als zentral, um angemessen und ethisch vertretbar auf alltägliche Herausforderungen und komplexe Situationen zu reagieren, nicht zuletzt da es sich teils um weitreichende Eingriffe handelt.

Dabei lassen sich bislang jedoch unterschiedliche Entwicklungsstadien erkennen. Während institutionalisierte Strukturen ethischer Auseinandersetzung und insbesondere ethische Fallbesprechungen im Gesundheitswesen etabliert und fortgeschritten professionalisiert sind sowie diskursiv kontinuierlich thematisiert werden, sind etablierte Verfahren im Sozialwesen „weithin ein Desiderat [...] im deutschen Sprachraum“ (Lob-Hüdepohl 2017b, 2). Auch in der Literatur und im akademischen Diskurs überwiegen hier Bedarfe und Forderungen gegenüber Erfolgen. Allgemein zeigen sich Bereichsethiken heute unterschiedlich weit entwickelt (vgl. Düwell 2011, 244). Die Angewandte Ethik war bis in die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts allgemein noch kein weitreichendes Thema und mit steigendem Interesse an Bereichsethiken hat sich vor allem die Medizin- und Bioethik seit den 1960ern als zentral in den Diskussionen Angewandter Ethik entwickelt (vgl. ebd.). Die Vielfalt an aktivierenden Faktoren für die Entwicklung moderner Ethik im Gesundheitswesen wurde oben bereits angeführt (siehe Kapitel 2.2.1). Ethik im Gesundheitswesen hat zudem „im Sinne eines ärztlichen Standesethos durchaus eine längere Tradition“ (Düwell 2011, 244) als andere Bereichsethiken und seine ethische Selbstreflexion erscheint im Vergleich „am Weitesten entwickelt“ (ebd.), sodass dem Gesundheitswesen hier eine „Vorreiterrolle“ zu kommt (Lob-Hüdepohl 2017b, 2; BÄK 2021, 1). Der noch junge Entwicklungsstand der Bereichsethik Sozialer Arbeit als akademische wie anwendungsbezogene Disziplin erscheint vor dem Hintergrund, dass das Arbeitsfeld selbst „noch nicht sehr alt“ ist (Galuske 2013, 76), nicht allzu überraschend. Die Ursprünge Sozialer Arbeit zeichnen sich in den Traditionslinien der Gemeinschaftserziehung und der Armenfürsorge bereits früher ab, jedoch ist sie als flächendeckend „verberuflichtes, institutionalisiertes und verrechtlichtes System personenbezogener Hilfen“ (ebd.) erst im 20. Jahrhundert entstanden (vgl. ebd.; Münchmeier 2018, 527f.). Auch die Ethik wurde damals bereits mitgedacht, etwa in Form von ethischen Prinzipien für Konzepte der Einzelfallhilfe in den 1960ern²³ (vgl. Galuske 2013, 87f.) oder durch die Verkündung bindender ethischer Prinzipien in den 1990ern durch den

²³ Bereits in den 1990ern wurde die Funktion dieser ethischen Prinzipien in den Methodenansätzen der Einzelfallhilfe als ungenügend kritisiert (vgl. Galuske 2013, 61f.). Um die Autonomie und Partizipation von Klient*innen zu sichern, reiche die reine Formulierung einiger „codes of ethics“ mit dem Verweis auf den guten Willen einzelner Fachkräfte schlicht nicht aus (vgl. ebd.; 53; 88; 160). „Vielmehr ist methodisch zu reflektieren, wie die Partizipation von Klienten gewährleistet werden kann.“ (ebd. 160)

DBSH (vgl. DBSH 2014, 5f.). Erst 2008 begann der Prozess der Entwicklung einer offiziellen Berufsethik, die 2014 beschlossen wurde (vgl. ebd.).

Ob die längere Tradition der Ethik im Gesundheitswesen mit ihren aktivierenden Faktoren allein die unterschiedlichen Entwicklungsstände der ethischen Reflexionsprozesse der Bereiche erklärt, bedarf weiterer Forschung und kann hier nicht abschließend beantwortet werden. Lob-Hüdepohl vermutet, ein Grund könne zudem in der *stärkeren Offensichtlichkeit ethischer Problemlagen im Gesundheitswesen* liegen, die bei unterlassener Klärung „unmittelbar spürbaren Schaden anrichten“ (ebd. 2017b, 2). Die stärkere Offensichtlichkeit gesundheitsspezifischer ethischer Problemlagen gegenüber den Sozialspezifischen könnte jedoch auch von gesellschaftlichen Interessen und normativen Vorstellungen abhängig sein. Fraglich ist, inwiefern auch das öffentliche Interesse, gesellschaftliche Debatten, politische Aufmerksamkeit und ein damit einhergehender Entwicklungsdruck hierbei eine Rolle spielen. Gesundheit gilt in der modernen Gesellschaft als hoher Wert (vgl. Steinkamp/Gordijn 2010, 55) und als Phänomen, das alle betrifft, während soziale Problemlagen oft unter dem Paradigma der Eigenverantwortung verhandelt werden (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 27f.; DBSH 2014, 5ff.; Kap. 2.3.2). Verbunden damit werden soziale Fragen und Betroffene sozialer Probleme an sich und im Vergleich häufiger marginalisiert und teils stark stigmatisiert (vgl. ebd.). Um ethische Themen diskutieren und problematisieren zu können, müssen diese erst einmal als solche anerkannt werden. Der in Kapitel 2.2.1 angeführte Faktor der *veränderten Wahrnehmung ethischer Problemlagen* im Gesundheitswesen, der zur Ausdifferenzierung dessen Bereichsethik und zur gestiegenen gesellschaftlichen und politischen Aufmerksamkeit beigetragen hat, könnte im Sozialwesen eventuell als Hemmnis angeführt werden. Somit wird noch vor der Thematisierung besonders die Wahrnehmung ethischer Problemlagen zur Verantwortungsfrage.

3 Vergleichende Sichtung der prinzipienorientierten Falldiskussion und der kollegialen ethischen Fallberatung (KEF)

Im Folgenden werden zwei Modelle ethischer Fallbesprechung, jeweils eins aus dem Gesundheits- und dem Sozialwesen, dargestellt und miteinander verglichen. Die angestrebte Darstellung und der Vergleich der Modelle orientiert sich an ausgewählten Methoden der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ohne dabei vollständig ihren „strengen Regeln“ zu folgen (vgl. Mayring/Fenzl 2014, 543). Ein Verfahren nach den konkreten Vorgaben der qualitativen Inhaltsanalyse erscheint hier ungeeignet²⁴, daher wird hier unter anderem auf das festgelegte

²⁴ Das konkrete Verfahren erweist sich als ungeeignet, da es für die Verarbeitung großer Datensätze konzipiert worden ist (vgl. Mayring/Fenzl 2014, 543), die hier nicht in dem Maße vorliegen. Zudem erscheinen Arbeitsschritte, wie das Analysieren der Entstehungssituation oder die Einordnung in Kommunikationsmodelle (vgl. Mayring 2015, 55; 58f.; 62), hier nicht wie bei einer Interviewanalyse nötig, da es sich um wissenschaftliche Texte handelt.

Ablaufmodell mit seinem engen Regelwerk (vgl. Mayring 2015, 50-114) verzichtet und ein eigenes, reduzierteres Modell erstellt. Die vergleichende Sichtung verläuft nach folgendem Ablauf:

Zunächst wird vorbereitend die *Auswahl der zu vergleichenden Modelle* getroffen (3.1) und in einem zweiten Schritt die *Vergleichskategorien* vorgestellt (3.2), die das Kategoriensystem bilden (vgl. Mayring 2015, 97; 103). Anschließend wird die Literatur wird gesichtet und das verwendete Material kurz vorgestellt (3.3). Dann erfolgt die Sichtung des Materials unter *deduktiver Anwendung der (B) Kategorien* (vgl. 97) und zugleich werden *induktiv (A) Kategorien gebildet* (vgl. ebd. 85ff.), sodass die jeweilige Darstellung der Modelle anhand der Vergleichskategorien erfolgen kann. Das Instrument des gebildeten Kategoriensystems erweist sich hier als zentral und soll Nachvollziehbarkeit und Intersubjektivität des Prozesses ermöglichen (vgl. ebd. 51). Damit wird eine *inhaltliche Strukturierung* vorgenommen, wobei bestimmte Inhaltsbereiche aus vorliegendem Material zu den Modellen herausgefiltert werden (vgl. ebd. 68; 97; 99; 103). Nachdem das Material gesichtet, paraphrasiert, gefiltert und sortiert worden ist, können die Inhalte zusammenfassend dargestellt werden (vgl. ebd. 67; 99). Dabei wird zuerst das Modell aus dem Gesundheitswesen, die prinzipienorientierte Falldiskussion (3.3.1), und danach das Modell aus dem Sozialwesen, die kollegiale ethische Fallberatung (3.3.2), dargestellt. Daraufhin bietet ein *vergleichender Überblick* eine strukturierte und reduzierte Gegenüberstellung der Inhalte (Tabelle A, B), sodass diese direkt vergleichbar und Gemeinsamkeiten und Unterschiede klar erkennbar werden, welche dann erläutert und eingeordnet werden (3.4). Zuletzt werden relevant erscheinende Ergebnisse und prägnante Aspekte in einer *Diskussion* weitergehend kontextualisiert und insbesondere in Bezug auf die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen gedeutet (3.5). Zur Interpretation der Ergebnisse werden ergänzende Quellen genutzt und auf Literatur des ersten Teils dieser Arbeit (Kap. 2) Bezug genommen. Eine Übersicht des Ablaufmodells befindet sich in tabellarischer Form im Anhang (Anhang 5).

3.1 Auswahl der Modelle

Da im Fokus der vorliegenden Arbeit die ethische Fallreflexion und ihre Professionalisierung in der Sozialen Arbeit steht, wird zuerst ein Modell aus dem sozialen Bereich ausgewählt. Angesichts des bereits dargestellten Mangels an speziell entwickelten Modellen ethischer Fallreflexion im Sozialwesen bieten sich geringe Auswahlmöglichkeiten. Die *kollegiale ethische Fallberatung* (nachfolgend: KEF) erscheint hier auf den ersten Blick die Anforderungen an Modelle im Sinne einer Professionalisierung zu erfüllen und bietet perspektivisch viele Einsatzmöglichkeiten und Potenziale. Für den Vergleich mit der sich aktuell noch im Entwicklungsprozess befindenden KEF (vgl. Deterra/Leupold 2023, 175) eignet sich daher ein etabliertes

Modell aus dem Gesundheitswesen. Die Vielzahl der Modelle aus dem gesundheitsbezogenen Bereich bietet diverse Vergleichsmöglichkeiten. Ein im besonderen Maß für den Vergleich geeignetes Modell stellt die *prinzipienorientierte Falldiskussion* dar. Diese weist einen ausgearbeiteten Entwicklungsstand auf und findet in der Praxis in Deutschland bereits breit Anwendung (vgl. Heiland 2018, 40-44). Ein erster Eindruck zeigt einige grundlegende Gemeinsamkeiten der beiden Modelle, was einen *minimal kontrastiven Vergleich* nahelegt (vgl. Rosenthal 2014, 95)²⁵. Im detaillierten Vergleichsprozess können sich jedoch auch bedeutsame Unterschiede herausstellen (vgl. ebd.).

3.2 Auswahl der Vergleichskategorien

Die Darstellung der Modelle als Basis ihres Vergleichs erfolgt in zwei Schritten, indem einerseits ihre konzeptuellen Grundlagen (A) und andererseits ihre direkt strukturierenden Merkmale (B) beschrieben werden. Die getrennte Betrachtung dieser Eigenschaften ergibt sich aus dem Forschungsinteresse, einer angestrebten umfassenden Darstellung und vergleichenden Übersicht sowie der Annahme einer wechselseitigen Beeinflussung beider Ebenen. Ausgangspunkt bilden dabei die strukturierenden Merkmale (B-Kategorien), die das theoretische Fundament der Modellkonzepte zum Teil berühren, jedoch nicht näher betrachten. So werden diese durch die theoretischen Grundlagen (A) ergänzt, indem diese Bezüge aus dem Material entnommen, sortiert und als Kategorien abgeleitet wurden. Der Vorgang lässt sich als induktive Kategorienbildung beschreiben und orientiert sich methodisch an Mayring (2015, 85ff.) mit Fokus auf die Fragestellung, wie die Modell-Konzepte theoretisch fundiert werden.

A: Um die Modelle inhaltlich zu betrachten, werden zunächst ihre konzeptuellen und theoretischen Grundlagen beschrieben. Darunter werden die folgenden Kategorien dargelegt:

A.1 Normative Grundlage

- Hierunter werden die grundlegenden normativen Annahmen verstanden sowie ggf. Erweiterungen (A.1.1) und Spezifizierung und Gewichtung (A.1.2).

A.2 Konzeptuelle Orientierungsgrundlagen

- Unter der Kategorie werden die Ansprüche an das Modellkonzept (A.2.1) sowie seine Fundierung (A.2.2) und prozessweisende Aspekte (A.2.3) gefasst.

B: Als weitere Vergleichskategorien werden die direkt strukturierenden Merkmale nach Seidlein, Rave, Rogge, Woellert und Hack (2023) herangezogen (vgl. ebd. 347f.). Diese wurden im Rahmen einer Arbeitsgruppe, bestehend aus zertifizierten Ethikberater*innen

²⁵ Die Klassifizierung des Vergleichs wurde begrifflich und sinnhaft aus der von Rosenthal beschriebenen Methode des Vergleichs von Fallrekonstruktionen der interpretativen Sozialforschung übernommen (vgl. Rosenthal 2014, 94ff.).

verschiedener Universitätskliniken und Disziplinen erfasst (vgl. ebd. 345). Methodisch wurde ein „mehrstufiges, deskriptives Verfahren“ (ebd. 346) gewählt, welches einen Erfahrungsaustausch in Form von Exploration, Kategorienbildung und Evaluation in den Expert*innen-Runden sowie Reflexionsprozessen und individuellen Arbeitsphasen umfasst (vgl. ebd. 346). Die Erstellung des Kategoriensystems der strukturierenden Merkmale erfolgte nach Mayrings (2000) Auffassung induktiver Kategorienbildung (vgl. Seidlein et. al. 2023, 346). Der genannte Beitrag beschäftigt sich explizit mit ethischen Fortbildungsformaten im Gesundheitswesen und möchte eine Diskussionsbasis zur strukturellen Auseinandersetzung mit diesen fördern (vgl. 341f.). Zugleich wird betont, dass ethische Bildung „oftmals auch außerhalb von Fortbildungen statt“ finde (ebd. 345), wie beispielsweise in ethischen Fallberatungen, und „alle Säulen klinischer Ethikarbeit damit das Potenzial zur Generierung von Fortbildungseffekten besitzen und ineinander greifen“ (ebd.). Zudem fokussieren die gebildeten Kategorien die Struktur der betrachteten Formate und weniger inhaltliche Fortbildungsaspekte (vgl. ebd. 347ff.), wodurch die Kategorien anschlussfähig und übertragbar zum Zweck der vorliegenden Arbeit sind. Als „*direkt strukturierende* Merkmale“²⁶ (ebd. 347; Kursiv. i. O.) von Fortbildungsformaten werden die folgenden acht dediziert, die hier als Vergleichskategorien für die Modelle verstanden werden:

- B.1 Zielgruppe
 - B.2 Ziel
 - B.3 Häufigkeit/Rhythmus
 - B.4 Dauer
 - B.5 Veranstaltungsgröße
 - B.6 Veranstaltungsstruktur
 - B.7 Setting
 - B.8 Didaktische Methoden
- (vgl. Seidlein et. al. 2023, 347)

Hierbei wurde das Merkmal „Fortbildungsziel“ nach Seidlein et. al. (ebd.) in die Vergleichskategorie B.2 „Ziel“ umbenannt, da es sich bei den zu betrachtenden Modellen nicht explizit um Fortbildungsformate handelt und verschiedene Ziele eine Rolle spielen. Die dargestellten A- und B-Kategorien bilden das Kategoriensystem für die vergleichende Darstellung der Modelle, welches sich in Tabellenform inklusive Beispielparaphrasen im Anhang findet (Anhang 7).

²⁶ Eine Zusammenstellung der direkt strukturierenden Merkmale und ihren möglichen Ausprägungen zum Überblick von Seidlein et. al. (2023, 349) findet sich im Anhang (Anhang 6).

3.3 Darstellung der Modelle

Im Folgenden werden die Modelle jeweils anhand der Kategorien inhaltlich strukturiert dargestellt. Dabei wird hauptsächlich Literatur der Autor*innen, auf welche die Modellentwicklungen zurückgehen, genutzt und ggf. durch referierte Grundlagen ergänzt. Die vorliegenden Informationen zur prinzipienorientierten Falldiskussion (3.3.1) werden aus verschiedenen Publikationen von Marckmann, Mayer und Weiteren zusammengetragen. Darunter als Basiswerk „Ethik in der Medizin“ von Marckmann (2022a; b) und einige Artikel (Literaturliste Anhang 8). Zudem werden bei Bedarf fehlende Details durch informelle Aussagen aus einer Korrespondenz mit dem KEK des Klinikums der Ludwig-Maximilian-Universität München (nachfolgend LMU-Klinikum) ergänzt. Zur Darstellung der KEF (3.3.2) wird hauptsächlich ein Basiswerk von Deterra und Leupold (2023) rezipiert sowie die von der Arbeitsgruppe der Modellentwicklung zur Verfügung gestellten Materialien genutzt. Hinzu kommt vor allem für die Beschreibung der theoriebasierten A-Kategorien weitere Referenzliteratur (Literaturliste Anhang 9).

3.3.1 Prinzipienorientierte Falldiskussion

Die Bezeichnung der „prinzipienorientierten Falldiskussion“ wurde von Prof. Dr. med. Marckmann für das Modell ethischer Fallbesprechung gewählt, da es auf der Prüfung ethischer Verpflichtungen basiert, die sich an den unten beschriebenen Prinzipien orientiert (vgl. Marckmann 2022b, 23). Das Modell wird im Gesundheitswesen in Deutschland bereits großflächig angewendet und gehört zu den verbreitetsten Modellen ethischer Fallbesprechung (vgl. Heiland 2018, 40-44;).

(A) Kategorien theoretischer Grundlagen

Das Konzept stützt sich auf eine normative Grundlage sowie verschiedene theoretische und rechtliche Referenzen, die im Folgenden beschrieben werden. Zentral sind dabei insbesondere die prinzipienorientierte Medizinethik nach Beauchamp und Childress, der Kohärenzismus-Ansatz sowie relevante rechtliche Grundlagen.

A.1 Normative Grundlage: Prinzipienorientierte Medizinethik

In der allgemeinen Moralphilosophie hat sich bislang keine Theorie als Monopol durchsetzen können, in medizinethischem Bereich hingegen wird der prinzipienorientierte Ansatz als „zustimmungsfähig“ (Marckmann 2022b, 22) erachtet und findet in westlicher Welt „in allen Bereichen der Medizin Anwendung“ (ebd.). Die vier medizinethischen Prinzipien liefern Orientierung in der Entscheidungsfindung im Einzelfall, einen Maßstab für die Bewertung möglicher Handlungsoptionen und damit die ethische Begründung von Entscheidungen, eine Legitimationsgrundlage (vgl. Marckmann 2022b, 22). Zudem geben sie der prinzipienorientierten Falldiskussion ihre „Grundstruktur“ (ebd.). Die medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und

Childress (2019) „*Wohltun, Nichtschaden, Respekt der Autonomie und Gerechtigkeit* definieren die grundlegenden moralischen Verpflichtungen“ (Marckmann 2022b, 22) für Tätige im Gesundheitsbereich. Diese vier Prinzipien gelten *prima facie*, das heißt verbindlich, „sofern sie nicht mit gleichwertigen oder stärkeren Verpflichtungen kollidieren“ (Marckmann 2022a, 12). Im Folgenden werden die vier Prinzipien näher beschrieben:

1. Durch das „**Prinzip des Wohltuns (oder Nutzens)**“ (Marckmann 2022a, 11) sind Tätige im Gesundheitsbereich zur bestmöglichen Förderung des Wohlergehens ihrer Patient*innen verpflichtet (vgl. ebd.). Darunter werden Behandlungsmaßnahmen und Präventionen subsumiert, zum Zweck den Patient*innen bestmöglich zu nützen und Beschwerden zu lindern oder zu verhindern (vgl. ebd.).
2. Das „**Prinzip des Nichtschadens**“ (Marckmann 2022a, 11) verpflichtet dazu, den Patient*innen möglichst keinen Schaden zuzufügen (vgl. ebd.). Um dem ersten Prinzip nachzukommen, kann es vorkommen, ein gewisses „Schadensrisiko in Form unerwünschter Wirkungen“ (ebd.) eingehen zu müssen. In solchen Fällen sind Nutzen und Schaden gegeneinander abzuwägen (vgl. ebd.).
3. Das „**Prinzip Respekt der Autonomie**“ (Marckmann 2022a, 11) verpflichtet über den alleinigen Respekt für Entscheidungen von Patient*innen und der Beachtung ihrer Werte, Wünsche und Vorstellungen hinaus zur aktiven Förderung ihrer Selbstbestimmung (vgl. ebd. f.; verweisend auf: ZEKO 2016). Das Ideal des „informierten Einverständnisses („informed consent“)“ (Marckmann 2022a, 12) der Patient*innen soll durch umfassende Aufklärung erreicht werden (vgl. ebd.; verweisend auf: Marckmann/Bormuth 2020, 194-205).
4. Das „**Prinzip der Gerechtigkeit**“ (Marckmann 2022a, 12) richtet den Blick auf Verpflichtungen gegenüber Dritter, beispielsweise das nahe Umfeld der Patient*innen oder andere Patient*innen und ihrer Bedürfnisse (vgl. Marckmann 2022b, 26). Hierunter sind besonders Fragen zur Verteilungsgerechtigkeit von beispielsweise knappen Ressourcen wie Organen oder Betten zu nennen (vgl. Marckmann 2022b, 26f.).

A.1.2 Spezifizierung: Begründungsparadigma Kohärentismus; Rechtliche Aspekte

Die beschriebene normative Grundlage der prinzipienorientierten Falldiskussion folgt einer „*rekonstruktiven oder kohärentistischen*“ Begründungslogik (Marckmann 2022a, 10; Kursiv. i. O.). Ihr Ansatz erhebt keinen Anspruch auf eine umfassende Gültigkeit eines obersten Prinzips, sondern stellt mittlere Prinzipien auf, die „an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen“ anknüpfen (ebd.), welche „in ihrem moralischen Gehalt rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden“ (ebd.). Marckmann bezieht sich an dieser Stelle auf Badura (2011) und Rawls (1975): Kohärentismus ist als ein „begründungsmethodisches Paradigma aufzufassen“ (Badura 2011, 194). In kohärentistischer Tradition orientiere sich die

Begründungsaufgabe der Ethik an Kohärenz in der „Integration moralischer und nicht-moralischer Überzeugungen“ (ebd.). So wird Moral nicht durch Rückschlüsse auf normative Fundamente mit festgelegten, situationsunabhängigen Prinzipien erklärt, sondern kohärente und zusammenhängende Argumentationen herausgearbeitet, die durch ihre Kohärenz als geltend angesehen werden (vgl. ebd.). Als populäres Beispiel kohärentistischer Herleitung sei hier J. Rawls` Überlegungsgleichgewicht genannt (vgl. ebd.; Rawls 1998, 38). Die ‚Principles of biomedical ethics‘ folgen ebendiesem Grundgedanken: Die vier mittleren Prinzipien schließen an moralische Überzeugungen aus dem Alltag an, die durch „kritische Rekonstruktion der normativen Textur“ (Badura 2011, 194) zu moralischen Grundgedanken formuliert und auf Zusammenhang und Kohärenz geprüft werden (vgl. Marckmann 2022a, 10).

Dabei weisen die Prinzipien „keine hierarchische Ordnung oder relative Gewichtung“ auf (Marckmann 2013, 501), daher genießt „keines der Prinzipien kategorisch Vorrang gegenüber den anderen“ (Marckmann/Jox 2013, 445). Im Konfliktfall muss die Gewichtung der Prinzipien wie auch der Lösungswege von den Beteiligten im spezifischen Einzelfall herausgearbeitet werden (vgl. Marckmann 2022a, 12f.). Marckmann nennt dies eine „fallbezogene, gut begründete Abwägung der Prinzipien“ (Marckmann 2013, 501; Kursiv. i. O.), die nicht intuitiv, sondern nach vernünftiger und nachvollziehbarer Argumentation ablaufen soll (vgl. ebd.). Eine „Ausnahme“ (Marckmann/Jox 2013, 445) besteht in der „Ablehnung einer medizinischen Maßnahme“ (ebd.) durch aufgeklärte und einwilligungsfähige Patient*innen oder gemäß ihres „verfügten bzw. mutmaßlichen Willen“ (ebd.). Hier hat die „Selbstbestimmung des[*der] Patient[*in] ethisch wie rechtlich Vorrang vor seinem[*ihrem] Wohlergehen“ (ebd.). Als Beispiel nennen die Autoren die Verweigerung der Bluttransfusion von volljährigen Zeugen Jehovas (vgl. ebd.).²⁷

A.2 Konzeptuelle Orientierungsgrundlagen

A.2.1 Anforderungen an Modelle

Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion orientiert sich an zwei grundlegenden Hauptelementen. Zum einen braucht es a) eine „klar definierte und begründete normative Grundlage“ (Marckmann 2022b, 21) als Ursprung guter ethischer Gründe und zum anderen b) ein „strukturiertes methodisches Vorgehen“ (ebd.) als Anwendungsgrundlage.

²⁷Grundlage ist die Rechtsprechung zur Einwilligung in medizinische Maßnahmen im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB): „Vor Durchführung einer medizinischen Maßnahme, insbesondere eines Eingriffs in den Körper oder die Gesundheit, ist der Behandelnde verpflichtet, die Einwilligung des Patienten einzuholen.“ (§ 630d Abs.1 S.1 BGB; siehe auch: BÄK 2018). Weitere Beispiele für den Vorrang der Patient*innenautonomie bei Ablehnung medizinischer Maßnahmen siehe: Marckmann et. al. 2018b; Marckmann/Mayer 2009.

A.2.2 Fundierung: Rechtliche Grundlagen

Des Weiteren werden in der Beschreibung des Modells auf rechtliche Grundlagen hingewiesen. Die Verpflichtungen, die sich aus den genannten Prinzipien ergeben, sind abgesehen von dem Gerechtigkeits-Prinzip auch im Rechtssystem wiederzufinden (vgl. Marckmann 2022b, 22). Die Prinzipien des Wohltuns und Nichtschadens sind zudem in der medizinischen Indikationsstellung verankert (vgl. ebd.)²⁸.

A.2.3 Prozessweisende Aspekte: Selbstbestimmungsrecht

Weiterhin verweist Marckmann auf eine Stellungnahme der ZEKO, die nicht nur eine bloße Berücksichtigung der Patient*innenautonomie vorsieht, sondern eine „Förderung der Entscheidungsfähigkeit und die Unterstützung bei der Entscheidungsfindung“ (Marckmann 2022a, 11; ZEKO 2016). So wird der selbstbestimmte Entscheidungsprozess von Patient*innen ein aktives Anliegen der Akteur*innen im Gesundheitswesen und findet seinen Optimalfall im „Prinzip des informierten Einverständnisses („informed consent“)“ (Marckmann 2022a, 12). Zudem wird vermehrt auf die rechtlichen Bestimmungen zum Vorgehen in der Behandlung von nicht einwilligungsfähigen Patient*innen hingewiesen. Dabei spielt das Betreuungsrecht eine zentrale Rolle, das 2009 festlegte, dass bei einer Einwilligungsunfähigkeit „zunächst auf schriftlich in einer Patientenverfügung festgelegte Behandlungswünsche zurückgegriffen werden muss“ (Marckmann/Mayer 2009, 5)²⁹. Die Rechtsprechung zur Patient*innenverfügung ist insbesondere dafür relevant, um die Autonomie der Patient*innen respektieren und wahren zu können, wenn diese „nicht mehr einwilligungsfähig“ sind (Marckmann 2022b, 26). Die Patient*innenverfügung muss dann dialogisch mit den Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter*innen „sorgfältig und im Sinne des[*der] Patient[*in] interpretiert werden“ (Marckmann 2022b, 26). Dabei sind auch „aktuelle verbale oder nonverbale Äußerungen“ des*der Betroffenen einzubeziehen (ebd.; Marckmann et. al. 2018a, 118). Liegt keine Patient*innenverfügung vor, wird auf frühere durch den*die Patient*in „mündlich geäußerte Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Patient[*innen]willen“ zurückgegriffen (Marckmann/Jox 2013, 444; vgl. Marckmann et. al. 2018a, 118)³⁰. Der mutmaßliche Wille wird aus zusammengetragenen Informationen durch Personen aus dem Umfeld des*der Patient*in über seine*ihrer Werte und Wünsche ermittelt (vgl. Marckmann 2022b, 26).

²⁸Siehe hierzu weitergehend beispielsweise Stellungnahmen der Bundesärztekammer (BÄK 2015) oder die (Muster-)Berufsordnung (BÄK 2024).

²⁹ Die Autoren verweisen zur Änderung des Betreuungsgesetzes durch den Bundestag auf das entsprechende Bundesgesetzblatt (BGBl 2009 Teil I, Nr. 48, S. 2286f.) und für eine ausführlichere Darstellung auf einen Artikel von Vetter und Marckmann (2009, 370-374).

³⁰ Die sorgfältige Ermittlung des Patient*innenwillens erscheint bei der Entscheidung für oder gegen lebenserhaltende Maßnahmen in besonderem Maß gravierend, die Autoren verweisen hierzu auf einen Artikel von Marckmann, Sandberger und Wiesing (2010, 570-574).

(B) Kategorien der direkt strukturierenden Merkmale

B.1 Zielgruppe

An einer prinzipienorientierten ethischen Falldiskussion nehmen alle an der Patient*innenversorgung beteiligten Akteur*innen aus den verschiedenen beteiligten gesundheitsprofessionellen Disziplinen und Berufsgruppen teil, was als äußerst wichtig betont wird (vgl. Marckmann 2022b, 23; 29). Das Modell richtet sich damit allgemein an Praktiker*innen im Gesundheitswesen. Auch wenn sich das Modell somit in einen bestimmten beruflichen Kontext bewegt, zeigen Erfahrungen, dass eine heterogene Gruppe, bezüglich ihrer Wahrnehmung und Perspektiven auf die Fallsituation, aufgrund verschiedener berufsspezifischer Herangehensweisen entstehen kann (vgl. ebd. 24). Die Berücksichtigung der divergenten Auffassungen soll durch die „breite Beteiligung der Mitarbeit[enden] bei der Diskussion“ (Marckmann/Mayer 2009, 1) gesichert werden. Eine prinzipienorientierte Falldiskussion wird aber nicht nur von Fachpersonen angeregt, sondern kann auch bspw. beim AEB von Angehörigen beantragt werden (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 117) oder auch bspw. am LMU-Klinikum von Patient*innen oder ihren Angehörigen initiiert werden (vgl. KEK 2023, 2). Der*die Patient*in hingegen nimmt der Literatur zufolge an der Falldiskussion selber nicht physisch teil, füllt jedoch eine zentrale Rolle aus. Eine Falldiskussion sei „kein Ersatz für die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Arzt[*Ärztin] und Patient[*in], sondern setzt diese voraus“ (Marckmann 2022b, 23). Der Behandlungswunsch und Wille der zu behandelnden Person sei daher maßgebend für die Befragung und im Vorfeld entsprechend zu ermitteln (vgl. ebd.). Im ambulanten Setting bestehe zudem die Möglichkeit, dass auf Wunsch oder bei Bedarf „bei nicht einwilligungsfähigen Patient[*innen] auch die Angehörigen“ (Marckmann et. al. 2018a, 117) sowie die gesetzliche Vertretung teilnehmen können (vgl. ebd.; Marckmann et. al. 2018b, 122).

B.2 Ziel

Als wesentliches, allgemeines Ziel ethischer Reflexion im medizinischen Bereich wird von den Autor*innen angegeben, „in schwierigen Entscheidungssituationen ethisch gut begründete Lösungen herauszuarbeiten“ (Marckmann 2022b, 21; Kursiv. i. O.). Das Modell soll hierbei Orientierung bieten und durch den strukturierten Prozess und die normative Grundlage aufzeigen, wie sich schwierige ethische Entscheidungen im gesundheitsprofessionellen Bereich begründet treffen lassen und die ethisch bestmöglich fundierte Handlungsoption herausgearbeitet werden kann (vgl. ebd.; Marckmann/Mayer 2009, 2; Marckmann et. al. 2018a, 117). Dies soll nicht zuletzt die beteiligten Personen entlasten (vgl. Marckmann et. al. 2018b, 121). Das Modell zielt also darauf, die Entscheidungsfindung zu unterstützen und soll eine „begründete Handlungsempfehlung“ ergeben (Marckmann/Mayer 2009, 1; Kursiv. i. O.). Die resultierende Empfehlung stellt dabei keine verbindliche Direktive dar, soll jedoch ethisch als auch rechtlich

angemessen berücksichtigt werden (vgl. ebd.; Marckmann et. al. 2018a, 117). Der*die zuständige Arzt*Ärztin bleibt für die jeweilige Entscheidung weiterhin allein verantwortlich, jedoch wird diese im besten Fall für das gesamte Team durch den Beratungsprozess transparent und nachvollziehbar, was sich positiv auf die Zustimmung des Teams und die Umsetzung der Entscheidung auswirken kann (vgl. Marckmann/Mayer 2009, 1). Die endgültige Entscheidung für die Umsetzung oder Unterlassung einer Behandlung werde letztendlich von dem*der Patient*in selbst getroffen, bzw. im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit durch die gesetzliche Vertretung im Sinne des Patient*innenwillens (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 117). Die Fallbesprechung dient dabei als Grundlage für Entscheidungen, die besonders die Patient*innenautonomie und den Patient*innenwillen bestmöglich zu berücksichtigen versucht (vgl. ebd.; 121). Als weiteres Ziel ist zu nennen, dass Fachpersonen im Gesundheitswesen den vier Prinzipien bestmöglich gerecht werden und damit ihren moralischen wie auch teilweise rechtlich vorgegebenen Verpflichtungen nachkommen (vgl. Marckmann 2022b, 22; Marckmann/Mayer 2009, 2). Durch die kritische Reflexion des Falls am Ende des Prozesses soll aus dem besprochenen Fall gelernt werden, um - „im Sinne einer präventiven Ethik – vergleichbaren Konflikten in Zukunft vorzubeugen“ (Marckmann 2022b, 28)³¹. Zudem soll die Selbstreflexion der Teilnehmenden sowie die Qualität der ethischen Aufarbeitung gefördert werden (vgl. ebd.). Weitergehend wird betont, dass wiederholte Fallberatungen die „inter- und intraprofessionelle Diskussionskultur auf der Station fördern und damit über die konkrete Beratung hinaus den Umgang mit ethisch schwierigen Fallkonstellationen nachhaltig verbessern“ können (Marckmann/Mayer 2009, 1).

B.3 Häufigkeit/Rhythmus

Die Literatur lässt erkennen, dass Fallbesprechungen nach diesem Modell darauf angelegt sind, nach Bedarf stattzufinden (vgl. Marckmann 2022b, 22ff.). Sie finden somit unregelmäßig und „on-demand“ statt. Sie können an Kliniken meist bei dem zuständigen KEK angefragt werden (vgl. KEK 2023, 1f.; Marckmann et. al. 2018a, 116) und auch im ambulanten Bereich bestehen Möglichkeiten der Beantragung von Falldiskussionen (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 116f.). Die Autor*innen nennen für letzteres neben regionalen Versorgungsstrukturen und Netzwerken bspw. auch zum Zweck der Ethikberatung geschaffene Netzwerke wie das AEB (vgl. ebd.). Als Beispiel kann hier das LMU-Klinikum betrachtet werden: Das KEK teilt informell mit, dass in der Klinik ca. 30 Falldiskussionen pro Jahr durchgeführt werden. Dies ergäbe einen

³¹ Marckmann verweist hier auf McCullough und Ashton (1994, 39-52).

Durchschnitt von 2,5 Besprechungen pro Monat. Diese Angaben sind jedoch beispielhaft und können vermutlich stark variieren, je nach Institution des Gesundheitswesens.

B.4 Dauer

Dem verwendeten Material der Autor*innen der prinzipienorientierten Falldiskussion lassen sich keine Angaben zur Dauer entnehmen. Nach KEK des LMU-Klinikums nimmt eine Fallbesprechung 45 bis 60 Minuten in Anspruch (KEK 2023, 2). Da die Falldiskussionen nicht vordatiert sind, braucht es zunächst gegebenenfalls einen „entsprechenden zeitlichen Vorlauf“ (Marckmann/Mayer 2009, 1), um alle an der Patient*innen-Betreuung beteiligten Vertreter*innen entsprechender Fachdisziplinen einzuladen zu können (vgl. ebd.). Zum Beispiel dauert die Planung einer prinzipienorientierten Falldiskussion am Universitätsklinikum München nach informeller Aussage des KEKs von der Anfrage bis zur Umsetzung normalerweise einen bis zwei Tage. In der ethischen Fallbesprechung selbst kann dann der erste Bearbeitungsschritt der medizinischen Aufarbeitung „deutlich mehr als die Hälfte der gesamten Dauer der Fallbesprechung einnehmen“ (Marckmann 2022b, 25), da hier alle für den Fall wichtigen Informationen zusammengetragen werden.

B.5 Veranstaltungsgröße

Es wird stark betont, dass in einer prinzipienorientierten Falldiskussion alle beteiligten Disziplinen vertreten sein sollten (vgl. Marckmann/Mayer 2009, 1; Marckmann 2022b, 23): „Die Integration der verschiedenen Sichtweisen ist eine notwendige Voraussetzung, um ein umfassendes Bild des[*der] Patient[*in] zu erhalten.“ (Marckmann/Mayer 2009, 1) Neben den an der Patient*innenversorgung beteiligten Professionellen empfiehlt sich die Teilnahme (mindestens) einer speziell ausgebildeten Person für die Moderation und im ambulanten Setting können gegebenenfalls Angehörige oder Vertreter*innen teilnehmen (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 116f.; Marckmann et. al. 2018b, 122). Eine bestimmte Teilnehmendenzahl wird in der verwendeten Literatur nicht angegeben. Die Veranstaltungsgröße erscheint variabel: Wie viele Personen in der Betreuung des*der Patient*in involviert sind und letztendlich an der Besprechung teilnehmen, ist offenbar fallabhängig. Ein Beispiel findet sich in dem publizierten Fall zur Beendigung der Sondernährung bei einem Bewohner einer Pflegeeinrichtung (vgl. Marckmann et. al. 2018b, 121ff.). Der Fall wurde in einer prinzipienorientierten, moderierten ethischen Falldiskussion von acht Teilnehmenden besprochen: Anwesend waren die Moderatorin, ein Ethikberater, die Hausärztin, die Psychiaterin, der Palliativmediziner, die Pflegedienstleitung, die Bezugspflegekraft und der Sohn des Patienten als gesetzlicher Betreuer (vgl. ebd. 122). Auch nach informeller Aussage des KEK des LMU-Klinikums sind keine festen Ober- und Untergrenzen zu benennen. Die Teilnehmer*innenzahlen variieren stark,

Besprechungen mit sechs bis zehn Personen inklusive maximal zwei Mitgliedern des KEKs seien typisch, jedoch fänden auch Besprechungen zu dritt oder mit 25 Teilnehmenden statt.

B.6 Veranstaltungsstruktur

Bereits der Name des Modells lässt seine Strukturform erkennen, es handelt sich um eine Diskussion. Der Ablauf einer prinzipienorientierten Falldiskussion ist durch fünf Bearbeitungsschritte strukturiert (vgl. Marckmann 2022b, 23). Dies soll erleichtern, „sich in der Komplexität des Einzelfalls zurechtzufinden und alle relevanten ethischen Aspekte zu berücksichtigen“ (ebd.). Ein Überblick der Bearbeitungsschritte befindet sich in Form einer Tabelle nach Marckmann und Mayer (2009, 2) im Anhang (Anhang 10). Im Folgenden werden die Bearbeitungsschritte nach Marckmann (2022b) kurz beschrieben.

Der erste Schritt (1) „**Medizinische Aufarbeitung des Falls**“ (ebd. 24) beinhaltet zwei wichtige Teile, welche die Basis für die weitere Bearbeitung bilden (vgl. ebd. f.). Zum einen soll die *aktuelle medizinische Situation des*der Patient*in* umfassend beschrieben werden: Darunter werden Diagnosen, Befunde, die Anamnese wie auch die „psychosozialen, existenziellen und kulturellen Gegebenheiten“ gefasst (ebd. 24). Zum anderen werden *mögliche (Be-)Handlungsstrategien* in Form von „Maßnahmenpakete[n]“ (ebd.) erfasst und jeweils deren Ziele, Risiken und Nutzen besprochen sowie ihr weiterer zu erwartender Verlauf inklusive zu erwartender Überlebenschancen, Lebensqualität und Wahrscheinlichkeit der bestmöglichen und schlechtesten Ergebnisse für den*die Patient*in erarbeitet (vgl. ebd. f.).

Als zweiter Bearbeitungsschritt folgt die (2) „**Bewertung hinsichtlich der ethischen Verpflichtungen gegenüber dem[*der] Patient[*in]**“ (ebd. 25), die eine Analyse nach den ersten drei medizinethischen Prinzipien beinhaltet (vgl. ebd. f.). Dabei werden zuerst die gesammelten Handlungsstrategien aus der *Wohlergehens-Perspektive* betrachtet, die sich aus den Prinzipien des Wohltuns und des Nichtschadens ergibt (vgl. ebd.). Ziel ist es die Behandlungsstrategie zu identifizieren, die aus Sicht der Behandelnden für das langfristige Wohl des*der Patient*in am besten erscheint, bzw. bei Uneindeutigkeit Tendenzen festzuhalten (vgl. ebd. f.). Danach werden die Optionen aus der *Autonomie-Perspektive*, gemäß dem Prinzip des Respekts der Patient*innen-Autonomie, betrachtet (vgl. ebd. 26). Dazu ist es vorab notwendig, die Vorstellungen der Patient*innen entsprechend zu ermitteln (vgl. ebd.). Zur Einschätzung der Präferenzen des*der Patient*in bezüglich der Behandlungsstrategien ist eine Aufklärung über diese „einschließlich ihrer Chancen und Risiken“ notwendig (ebd.). Bei aktuell nicht vorhandener Einwilligungsfähigkeit von Patient*innen wird nach alternativen Verfahren vorgegangen (vgl. ebd.; siehe Kategorie A.2.3).

Im dritten Schritt wird eine (3) „**Bewertung hinsichtlich der Verpflichtungen gegenüber Dritten**“ (Marckmann 2022b, 26) vorgenommen und damit dem Prinzip der Gerechtigkeit

nachgegangen (vgl. ebd.). Zu prüfen ist, ob und welche Bedürfnisse und Interessen anderer Personen, wie aus dem näheren Umfeld des*der Patient*in oder auch andere Patient*innen, eine für die Entscheidungsfindung relevante Rolle spielen (vgl. ebd.). Darunter zählen auch beispielsweise „Fragen des Ressourcenverbrauchs“ (ebd. 26f.). Die Interessen anderer können bestenfalls berücksichtigt werden, sind jedoch den Verpflichtungen gegenüber der zu behandelnden Person untergeordnet (vgl. ebd. 27).

Als nächstes werden die einzelnen Bewertungen in der (4) „**Synthese**“ (ebd. 27) zu einer übergreifenden Beurteilung zusammengesetzt. Dabei wird geprüft, ob die Verpflichtungen gemäß den Prinzipien konvergieren oder divergieren und damit ggf. konfigieren (vgl. ebd.). Das heißt, dass sich entweder durch die Bewertungen gute ethische Gründe für eine bestimmte Handlungsoption ergeben oder aber die Prinzipien zu verschiedenen Handlungen verpflichten und ein ethischer Konflikt vorliegt (vgl. ebd.). Im letzten Fall ist eine „*begründete Abwägung* der konfigierenden Verpflichtungen erforderlich“ (ebd.; Kursiv. i. O.), indem Gründe für den Vorrang einer Verpflichtung gegenüber den anderen Gleichwertigen herausgearbeitet werden (vgl. ebd.). Wenn kein Konsens erreicht wird, werden die Positionen und Argumente dokumentiert, weitere Schritte überlegt und ggf. ein erneutes Gespräch zum Fall geplant (vgl. ebd. f.). Die prinzipienorientierte Falldiskussion wird mit dem fünften Bearbeitungsschritt durch eine (5) „**Kritische Reflexion**“ beendet (ebd. 28). Dabei wird die Frage nach dem „stärkste[n] Einwand gegen die favorisierte Handlungsoption“ gestellt (ebd.) sowie überlegt, „ob und ggf. wie der ethische Konflikt bzw. die schwierige ethische Entscheidungssituation hätte möglicherweise verhindert werden können“ (ebd.).

B.7 Setting

Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion kann in verschiedenen Settings Anwendung finden und Orientierung bieten: Einzelpersonen (wie zum Beispiel Ärzt*innen) in der Reflexion eines klinischen Falls, in informellen Teamdiskussionen, in einer klinischen Visite oder auch in Bildungsangeboten (vgl. Marckmann 2022b, 21; 23). Das Modell habe sich jedoch „insbesondere als Leitstruktur für moderierte ethische Fallbesprechungen“ (ebd. 23) im klinischen wie auch außerklinischen Bereich bewährt (vgl. Marckmann et. al. 2018a, 117), welche in vorliegender Arbeit kontextuell vorrangig betrachtet wird. Die Falldiskussion im klinischen Kontext findet „auf der jeweiligen Station“ statt (Marckmann/Mayer 2009, 1). Im ambulanten Kontext kann sie abhängig von gegebenen Umständen „in Pflegeeinrichtungen, Wohnungen oder Arztpraxen“ stattfinden (Marckmann et. al. 2018a, 117). Es handelt sich also in jedem Fall um persönliche Präsenz-Treffen zur Besprechung von Fällen nach dem Modell prinzipienorientierter Falldiskussion.

B.8 Didaktische Methoden

Die Falldiskussion im Team wird durch eine Moderation angeleitet, die sich an der Leitstruktur des Modells orientiert (vgl. Marckmann 2022b, 21; 23). Marckmann empfiehlt, die „*Moderation vorab an retrospektiven Fällen*“ einzuüben (ebd. 28; Kursiv. i. O.). Die AEM legt nahe, die Moderation von geschulten Ethikberater*innen durchführen zu lassen (vgl. AEM 2023; 2022). Zudem sind die von Marckmann entwickelten Leitfragen für die einzelnen Bearbeitungsschritte zur Moderation hilfreich (vgl. Marckmann 2022b, 28; Leitfragen-Übersicht: Anhang 11). Die Übersicht des strukturellen Aufbaus der Falldiskussion kann ebenfalls als ein angemessenes Hilfsmittel dienen (vgl. Marckmann/Mayer 2009, 1: Anhang 10). Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion nutzt zudem verschiedene Methoden, die sich aus der Prozessstruktur ergeben (B.6): Methodisch zentral ist dabei vor allem die ausführliche Analyse des Zustands des*der Patient*in, das Sammeln von möglichen Handlungsoptionen sowie die Anwendung der medizinethischen Prinzipien (vgl. Marckmann 2022b, 23ff.). In der Bewertung durch die Wohlergehens-Perspektive wird eine Nutzen-Schaden-Abwägung durchgeführt (vgl. ebd. 25f.). Zudem sieht das Modell in der Synthese der verschiedenen Bewertungen bei konfligierenden Verpflichtungen eine argumentative, begründete Abwägung vor und im letzten Schritt wird eine kritische Reflexion angeregt, die die Selbstreflexion der Teilnehmenden fördert sowie präventiv wirken soll (vgl. ebd. 27f.). Betont wird dabei, dass die Teilnehmenden sich nicht wertend äußern sollen, bspw. Schuldzuweisungen vermieden werden sollen, um den positiven Charakter der Diskussion zu bewahren (vgl. ebd. 28).

3.3.2 Kollegiale ethische Fallberatung (KEF)

Angesichts des geringen Angebots jedoch erkennbaren Bedarfs an speziell für soziale Berufe entwickelten Modellen ethischer Falldiskussionen wurde 2020 die AG „Ethik in der Sozialen Arbeit – Wissen erweitern, Urteilskraft stärken“ an der HAW in Hamburg unter der Leitung von Prof. Dr. Leupold ins Leben gerufen (vgl. Deterra/Leupold 2023, 164). Die extracurriculare Ethik-AG folgt der Intention, „verschiedene Formate zur ethischen Bildung und Praxisberatung für soziale Berufe zu entwickeln und sie zunächst in der Hochschule zu erproben“ (ebd. 164). Die AG umfasst drei verschiedene Projektbereiche, von denen einer die „Werkstattgespräche“ (ebd.) bildet, in denen die KEF als Verfahren zur Bearbeitung ethischer Problemlagen der beruflichen Praxis angewendet und fortwährend (weiter)entwickelt wird (vgl. ebd. 164f./175).³²

³² Als ein vergleichbares Programm aus dem klinischen Kontext bringen die Autor*innen das Projekt „Ethik First“ zur Unterstützung und Weiterbildung von Medizin-Studierenden und Assistenzärzt*innen an dem Universitätsklinik in Kiel an (vgl. Deterra/Leupold 2023, 165; Kuhn et. al. 2021).

(A) Kategorien theoretischer Grundlagen

Die Konzeption der KEF stützt sich auf diverse theoretische Grundlagen. Die relevantesten Grundlagen, darunter Tietze (2020), Childress/Beauchamp (2009) sowie Leupold (2023), sollen im Folgenden kurz beschrieben werden.

A.1 Normative Grundlage:

Die KEF beinhaltet in der Lösungsbewertung ein prinzipiengeleitetes Verfahren und schlägt dazu die Orientierung an den vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress (2009) vor (vgl. Deterra/Leupold 2023, 169), die somit die normative Grundlage des Modells ausmachen. Die vier mittleren Prinzipien nach Beauchamp und Childress lauten:

- „(1) *respect for autonomy* (a norm of respecting and supporting autonomous decisions),
- (2) *nonmaleficence* (a norm of avoiding the causation of harm),
- (3) *beneficence* (a group of norms pertaining to relieving, lessening, or preventing harm and providing benefits and balancing benefits against risks and cost), and
- (4) *justice* (a group of norms for fairly distributing benefits, risks, and costs).“

(Beauchamp/Childress 2009, 12f.; Kursiv. i. O.)

A.1.1 Erweiterung

Nach Bedarf lässt die Konzeption der KEF auch die Ergänzung der medizinethischen Prinzipien oder die Vereinbarung über die Nutzung einer anderen ethischen Konzeption, wie beispielsweise die professionsmoralischen Prinzipien oder die berufsethischen Normen des DBSH oder auch die ethischen Leitlinien der Arbeitsstelle der Fallgebenden, zu (vgl. Deterra/Leupold 2023, 169). Als optionale Grundlage oder Erweiterung seien hier die obersten professionsmoralischen Prinzipien der Sozialen Arbeit, publiziert nach DBSH in Anlehnung an Kaminsky, kurz dargelegt: Autonomie, Wohlwollen, Nicht schaden, Solidarität, Gerechtigkeit, Effektivität (vgl. DBSH 2014, 27; Leupold/Deterra/Vollmert 2022, 3).

A.1.2 Spezifizierung: Auslegung und Gewichtung der Prinzipien; Güter-/ Übelabwägung

Da die mittleren Prinzipien allgemein und offen formuliert sind, müssen diese im Beratungsprozess näher spezifiziert werden (vgl. Deterra/Leupold 2023, 169). Ihre Auslegung im Sinne einer „Ausdifferenzierung“ und „Spezifizierung“ (ebd. 170) kann sich an verschiedenen ethischen Theorien orientieren (vgl. ebd.). Ein Prinzip wie die Gerechtigkeit kann beispielsweise „tugend- als auch prinzipienethisch“ (ebd.) näher spezifiziert werden. Auch können verschiedene definitorische Angebote, wie zum Beispiel die Definition der „Freiverantwortlichkeit“ nach dem Deutschen Ethikrat (2018, 28), zur inhaltlichen Differenzierung des Autonomie-Prinzipis genutzt werden (vgl. Deterra/Leupold 2023, 170; 172). Des Weiteren verfügen die Prinzipien über keine „inhaltliche Gewichtung“ (ebd. 170). Sie müssen bezüglich des vorliegenden

Falls abgewogen und ggf. gewichtet werden und es brauche wissenschaftlich fundierte und ethisch gute Gründe dafür, bestimmten Prinzipien Vorrang zu gewähren (vgl. Deterra/Leupold 2023, 170). Die Autor*innen führen in dem Zusammenhang Horn an, der den Austausch über die Gewichtung von Prinzipien und ihre Güterabwägung als einen „komplexe[n] Deliberationsprozess“ beschreibt (Horn 2011, 391; zit. n. Deterra/Leupold 2023, 170). Zur Abwägung der Güter und Übel schlägt die KEF einige Abwägungsgesichtspunkte vor, die sich an Gruber orientieren (vgl. Deterra/Leupold 2023, 170; Gruber 2016, 186ff.; Leupold 2019, 1).

A.2 Konzeptuelle Orientierungsgrundlagen

A.2.1 Anforderungen an Modelle: orientiert an Dieringer (2019)

Die Konzeption der KEF orientiert sich an den Anforderungsansprüchen an ethischen Fallberatungsmodelle nach Dieringer (vgl. Deterra/Leupold 2023, 166). Es brauche: a) eine Phasengliederung des Beratungsprozesses mit zugewiesenen Arbeitsschritten, b) das Angebot einer Ethikkonzeption sowie c) eine Typisierung ethischer Problemlagen, welche in der Fallbesprechung bearbeitbar sind (vgl. ebd.; Dieringer 2019, 8f.).

A.2.2 Fundierung: Kollegiale Beratung nach Tietze (2020)

Während in der KEF die moralische Dimension sozialberuflicher Praxis fokussiert wird, ist ihr Prozess dem der kollegialen Beratung nach Tietze (2020) nachempfunden (vgl. Deterra/Leupold 2023, 165). Das Modell wurde mit „kollegiale ethische Fallberatung“ betitelt wegen der charakteristischen Ähnlichkeiten wie „Gruppenarbeit, Selbststeuerung, fester Ablauf, Methodentransparenz, Arbeits- und Rollenverteilung, aktive Teilnehmendenbeteiligung und dem Fokus auf arbeitsbezogene Themen“ (Deterra/Leupold 2023, 165; vgl. Tietze 2020, 11-14). Hier wird daher auf das Grundlagenwerk von Tietze (2020) hingewiesen, das gewissermaßen als strukturelle wie methodische Inspiration zu dienen scheint. Als das zentralste Merkmal hebt Tietze hervor, dass die Beratung ohne externe, professionelle Beratungsperson auskommt (vgl. Tietze 2020, 12; Deterra/Leupold 2023, 165; Lippmann 2013, 12ff.). Somit liegt die Verantwortung für den Beratungsprozess gleichermaßen bei allen Beteiligten (vgl. Tietze 2020, 12). Entsprechend sind die Kommunikationsfähigkeit sowie die kollegiale Einstellung der Beteiligten entscheidend für eine zielführende Diskussion (vgl. Deterra/Leupold 2023, 165). Die Entscheidung für ein „extraorganisationales Intervisionsformat“ (ebd.; 167) folgt zudem der Empfehlung Tietzes, wonach sowohl die Interaktionspartner*innen als auch das Problemfeld außerhalb der Beratungsgruppe liegen sollten (vgl. Tietze 2020, 31; Deterra/Leupold 2023, 165). Des Weiteren bedient sich die KEF in ihrem Prozess an verschiedenen Methodenbausteinen nach Tietze (2020, 115-159; vgl. Deterra/Leupold 2023, 169), hierzu mehr unter der Kategorie „B.8 Didaktische Methoden“.

A.2.3 Prozessweisende Aspekte: Typologie ethischer Problemlagen nach Leupold (2023)

Bereits in der ersten Phase einer KEF ist nach der Fallvorstellung die Identifizierung der ethischen Problemlagen vorgesehen (vgl. Deterra/Leupold 2023, 168). Dazu wird die Typologie ethischer Problemlagen³³ für die Fallberatung nach Leupold (2023) verwendet (vgl. ebd.). Die Problemanalyse zielt darauf „zu einem ethischen Befund zu gelangen“ (Leupold 2023, 32) und macht damit den zunächst intuitiv wahrgenommenen Problembefund des „noch unspezifischen moralischen Unbehagens“ (ebd.) aus bestimmter Praxissituation begreifbar und bearbeitbar (vgl. ebd. f.). Das Erfassen der bestimmten Typen ethischer Problemlagen in der Fallberatung soll nicht nur aufklären, sondern ermöglicht die Problembehandlung, bietet den Teilnehmenden eine Kommunikationsgrundlage und zeichnet zudem teilweise Lösungswege vor (vgl. ebd. 33). Die Typologie nach Leupold basiert auf „theoretische[n] Grundannahmen aus der philosophischen Ethik“ (ebd.) und umfasst sechs verschiedene Typen ethischer Problemlagen: 1) moralische Dilemmata, 2) moralischer Dissens, 3) moralische Konflikte, 4) Normenkonflikte - mit den drei Subkategorien der professionsmoralischen Normenkonflikte, des Normenkonflikts zwischen verschiedenen Normensystemen und des Normenmangels, 5) Bedrohung der moralischen Integrität und 6) Anwendungskonflikte (ebd. 35-46).

(B) Kategorien der direkt strukturierenden Merkmale

B.1 Zielgruppe

Die KEF ist als ethisches Beratungsformat für Fachkräfte im sozialen Bereich in Form einer Intervision „ohne externe Fachperson“ konzipiert (Lippmann 2013, 12ff.; zit. n. Deterra/Leupold 2023, 165)³⁴. Das Modell richtet sich also an eine spezifische Berufsgruppe, die der Sozialprofessionellen, die interdisziplinär aufgestellt ist (Deterra/Leupold 2023, 167). Aktuell wird die KEF von Studierenden sowie Praktiker*innen Sozialer Arbeit genutzt und erprobt (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Der aktuelle Rahmen bietet ein „extraorganisationales Intervisionsformat“ (ebd.; Kursiv. i. O.), so nehmen Tätige aus verschiedenen Bereichen des Sozialwesens, etwa aus der Suchthilfe oder der KJH, teil (vgl. ebd.).

B.2 Ziel

Die Anwendung der KEF verfolgt grundsätzlich das Ziel, den „berufsethischen Ansprüchen innerhalb sozialer Berufe in der Praxis gerecht zu werden“ (Deterra/Leupold 2023, 175). Als leitendes Bildungsziel nennen die Autor*innen die „*Kultivierung der ethischen Reflexion*“ (ebd.).

³³Die Typologie will sprachlich nicht zwischen moralischen und ethischen Problemen unterscheiden und inkludiert beides unter dem Begriff der „ethischen Problemlagen“ (Leupold 2023, 35).

³⁴ Die Autor*innen verweisen hier auf Lippmann, der das Unterscheidungsmerkmal „professioneller Leitung“ (Lippmann 2013, 10) von Beratungsinstrumenten unter Berufstätigen thematisiert. Die KEF wird als Intervisionsformat definiert und im Unterschied zur Supervision ohne professionelle Externe durchgeführt (siehe zur näheren Betrachtung Lippmann 2013, 10-25).

166; Kursiv. i. O.) mit der Intention, dadurch „tragfähige Voraussetzungen für eine bestmögliche moralische Angemessenheit in der sozialberuflichen Praxis zu schaffen“ (Deterra/Leupold 2023, 166). Darunter werden besonders die „*Sensibilisierung der Wahrnehmung* für ethische Problemlagen“ und eine „*Etablierung, Ausdifferenzierung sowie Stabilisierung von professionsmoralischen Gründen, mit denen das sozialberufliche Handeln zuverlässig orientiert werden kann*“ (ebd.; Kursiv. i. O.), begriffen. Der Einsatz der KEF zielt im Kontext einer Praxisberatung insbesondere darauf, die „*Wahrscheinlichkeit ungerechter Handlungsentscheidungen zu minimieren* sowie zu *transparenten Abwägungen* verschiedener praktischer Gesichtspunkte zu gelangen“ (ebd., Kursiv. i. O.). Dabei wird die „*gemeinsame Suche nach einer moralisch vertretbaren Handlung, die bestenfalls von allen Beteiligten mitgetragen werden kann*“ (vgl. Leupold et. al. 2022, 2), als zentral benannt. Zudem gelinge eine Ermöglichung und Förderung der „*Vernetzung der Teilnehmenden*“ (Deterra/Leupold 2023, 166; Kursiv. i. O.) aus verschiedenen Praxisbereichen und Semestern.

B.3 Häufigkeit/Rhythmus

Das Treffen zur KEF findet in dem aktuellen Rahmen regelmäßig wiederkehrend circa einmal im Monat statt (vgl. Ethik-AG 2023, 1: siehe Anhang 12).

B.4 Dauer

Zeitlich umfasst eine KEF, abhängig von der Komplexität der zu bearbeitenden Fälle, circa 120 bis 160 Minuten (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Diesbezüglich äußern die Autor*innen die Annahme eines schneller werdenden Ablaufs bei steigender Erfahrung der Teilnehmenden durch Wiederholung der Methode, somit steigender Routine und internalisierten Lernerfahrungen (vgl. ebd.). Zudem wird erwähnt, dass besonders die Identifikation und anschließende Priorisierung eines bestimmten Typus ethischer Problemlagen verglichen mit den anderen Arbeitsschritten viel Zeit einnimmt (vgl. ebd. 168). Des Weiteren benötigt die Auslegung der Prinzipien einen höheren Zeitaufwand (vgl. ebd. 169).

B.5 Veranstaltungsgröße

An den Werkstattgesprächen zur Anwendung der KEF nehmen aktuell ungefähr sechs bis 15 Personen teil (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Liegt mehr als ein Fall zur Besprechung vor, teilt sich die Gruppe auf (vgl. ebd.). Erfahrungsgemäß zeigt sich eine Gruppengröße von fünf bis sieben Teilnehmenden als optimal (vgl. ebd.).

B.6 Veranstaltungsstruktur

Die Struktur der KEF im Sinne der möglichen Ausprägungen nach Seidlein et. al. (2023, 349)

gleicht am ehesten der einer Diskussion. Die KEF ist in fünf Phasen gegliedert und orientiert sich an zu diesem Zweck entwickelten Leitfäden (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Dazu liegt ein Basisleitfaden vor, der die Grundlage für zwei weitere Sonderleitfäden bildet: Liegt ein Anwendungskonflikt oder eine Bedrohung der moralischen Integrität vor, kommen diese zum Einsatz (vgl. ebd.). Zudem ist aktuell ein weiterer Sonderleitfaden zur Bearbeitung eines moralischen Dissens in der Erprobungsphase (vgl. ebd. 175). Ausgehend von dem Basisleitfaden wurden weitere Leitfäden für die KEF als Praxisformat konzipiert und von der Ethik AG zur Verfügung gestellt. In der vorliegenden Arbeit wird der Basisleitfaden dargestellt, da dieser die konzeptionelle Grundlage für die anderen Leitfäden bildet, ausdifferenziert ausgearbeitet ist und die grundlegenden Theorien der KEF näher benennt. Im Anhang befinden sich die Leitfäden zur näheren Betrachtung inklusive der aktuellen Sonderleitfäden (Leupold et. al. 2022: Anhang 13) sowie eine Übersicht des Basisleitfadens und der zwei publizierten Sonder-Leitfäden nach Deterra und Leupold (2023, 174) in tabellarischer Form (Anhang 14). Die Arbeitsschritte der jeweiligen Phasen des Basisleitfadens werden im Folgenden kurz wiedergegeben. Einleitend sind der KEF drei wesentliche Moderationshinweise vorangestellt, um die Teilnehmer*innen vorzubereiten und bereits strukturell den Ausgangspunkt für den weiteren Prozess zu bestimmen (vgl. ebd. 167). Zum einen sollen den Teilnehmenden bestimmte Rollen, wie auch in der kollegialen Beratung nach Tietze (2020, 52ff.) angedacht, zugewiesen werden: die Rolle des*der Moderator*in, der fallgebenden Person, der Berater*innen sowie eventuell die Rollen eines*einer Protokollant*in und Prozessbeobachter*in (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Außerdem werden auf die bestehenden, an das METAP-Modell nach Schleger et. al. (2019, 101) angelehnte Diskussionsregeln sowie auf Schweigepflicht und Datenschutz aufmerksam gemacht (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167; vgl. Anhang 13).

Die erste Phase der KEF (**A**) „**Problemanalyse und Lösungssuche**“ (Deterra/Leupold 2023, 168; Kursiv. i. O.) beinhaltet die Fallzählung, die Identifizierung der ethischen Problemlagen sowie die Priorisierung der zentral erscheinenden Problemlage (vgl. ebd.). Dabei wird auf Grundlage der Typologie ethischer Problemlagen nach Leupold (siehe A.3.1) diskutiert und die fallgebende Person trifft die finale Entscheidung der Priorisierung³⁵ (vgl. ebd.). Daraufhin folgt „eine auf den Fallkontext bezogene vertiefte *Faktenanalyse*“ (ebd. 196; Kursiv. i. O.) in Form eines offenen Diskurses sowie die „*Sammlung* von Lösungs- und *Handlungsideen*“ (ebd.; Kursiv. i. O.), wobei eine Begrenzung auf drei bis fünf Ideen empfohlen wird (vgl. ebd.). In der darauffolgenden Phase (**B**) „**Prinzipien- und Normengeleitete Lösungsbewertung**“

³⁵ Sobald hier der *Anwendungskonflikt* oder die *Bedrohung der moralischen Integrität* als Problemlage priorisiert wird, wird weiter nach den jeweiligen Sonderleitfäden verfahren (vgl. Deterra/Leupold 2023, 171). Diese weichen in den ersten beiden Phasen (A, B) vom Basisprozess ab und verlaufen in den letzten drei Phasen (C, D, E) wieder wie hier beschrieben (vgl. ebd. 174).

(Deterra/Leupold 2023, 169; Kursiv. i. O.) werden die Lösungsvorschläge im Hinblick auf ihre moralische Güte bewertet (vgl. ebd.). Dazu wird sich unter den Beteiligten zunächst auf eine prinzipien- oder normengeleitete Konzeption geeinigt (vgl. ebd.). Wie oben geschildert (Kategorie A.1) schlägt die KEF hier die Nutzung der medizinethischen Prinzipien (nach Childress/Beauchamp 2009) vor, jedoch besteht Offenheit für ihre Ergänzung oder die Verwendung anderer Ethikkonzeptionen (vgl. ebd.; siehe A.1). Hier kann eine Spezifizierung der verwendeten Prinzipien, ein Austausch über ihre Gewichtung oder auch eine „*Güter- bzw. Übelabwägung*“ angesichts von beabsichtigten Folgen und erwartbaren Nebenfolgen von Handlungsideen“ (ebd. 170; Kursiv. i. O.) notwendig sein (vgl. ebd.; siehe A.1.2). Mithilfe der verständigten spezifischen Referenz kann dann eine „*Kohärenzprüfung*“ (ebd.; Kursiv. i. O.) vorgenommen werden, indem die Handlungsideen auf ihre Vereinbarkeit mit den ethischen Prinzipien geprüft werden (vgl. ebd.).

In der (C) „*Urteilsvorbereitung*“ (ebd. 170; Kursiv. i. O.) werden zunächst „alle Ergebnisse der Kohärenzprüfung zusammenfassend betrachtet“ (ebd.), Präferenzen für Handlungsoptionen abgefragt und letztendlich versucht, einen Konsens (oder mindestens einen Kompromiss) für eine der Ideen herzustellen (vgl. ebd.)

Daraufhin wird in der Phase des (D) „*Urteilsentscheid*“ (ebd. 171; Kursiv. i. O.) die Entscheidung für eine der Handlungsoptionen durch die fallgebende Person getroffen, „da die KEF primär der Bearbeitung der beruflichen Probleme der Fallgebenden dienen soll“ (ebd.). Am Ende erfolgt eine (E) „*Prozessbeurteilung*“ (ebd. 171; Kursiv. i. O.) ggf. durch die Beobachter*innen und nachfolgend durch alle Teilnehmenden in Form eines „*Blitzlicht[s]*“ (ebd.).

B.7 Setting

Die KEF findet aktuell in einem „*digitale[n] Setting*“ (Deterra/Leupold 2023, 167; Kursiv. i. O.; vgl. Ethik-AG 2023, 1) statt, wodurch eine überregionale Teilnahmemöglichkeit geschaffen wird (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Zudem wird sie extracurricular und extraorganisational durchgeführt (vgl. ebd. 164f.). Sie ist damit nicht an die Hochschule gebunden und findet außerhalb des beruflichen Alltags mit seinen bestehenden Team- und Organisationskonstellationen statt (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Die Fallbesprechungen von der beruflichen Institution zu trennen, nehmen die Autor*innen als förderlich für dieses Format an und weisen dabei auf Tietze hin (vgl. ebd. 165). Dieser sieht für die kollegiale Beratung vor, dass abgesehen von der fallgebenden Person keine weiteren Personen direkt in ihrem Fall involviert sein und zudem unter den Teilnehmenden keine Konflikte vorliegen sollten (vgl. ebd; Tietze 2020, 31; 34). Dadurch entsteht außerdem ein interdisziplinäres Beratungsteam und die Möglichkeit berufsfelderübergreifende Fälle zu reflektieren (vgl. 167).

B.8 Didaktische Methoden

Wie bereits geschildert beruft sich die KEF in ihren Grundlagen auf die kollegiale Beratung nach Tietze, so ist auch die *Rollen- und damit Aufgabenverteilung* ein wichtiger Bestandteil, der sich auf Tietze stützt (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167; Tietze 2020, 52ff.). Die für jede Beratung neu zu verteilenden Rollen folgen dem „Prinzip der Gleichrangigkeit und Gleichberechtigung“ (Tietze 2020, 52). Eine für die Didaktik relevante Rolle kommt der *Moderation* zu, die unter anderem durch den Prozess leitet, auf die Beratungsstruktur und die Zeit achtet, die Gruppe aktiviert und sich zugleich inhaltlich beteiligen darf, solange ihre Rolle dadurch nicht beeinträchtigt wird (vgl. ebd. 53ff.; Deterra/Leupold 2023, 167f.). Die Moderation wird wie bereits erwähnt also nicht von Externen übernommen, es handelt sich um ein Intervisionsformat (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167). Auch den weiteren Rollen (Fallgebende, Protokollant*in, Beobachter*innen, Berater*innen) kommen bestimmte Aufgaben zu (vgl. Leupold et. al. 2022, 1). Ihre Rollenbeschreibungen, die einzuhaltenden Diskursregeln sowie die Hinweise zum Datenschutz und zur Schweigepflicht sind in einer *Präambel* zusammengefasst (vgl. ebd. 1f.: Anhang 13). Dabei sind die Diskursregeln der KEF an denen des METAP-Modells aus der klinischen Ethik angelehnt (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167; Schleger et. al. 2019, 101), die sich wiederum an Regeln nach Habermas (1983, 97ff.) orientieren (vgl. Schleger et. al. 2019, 101). Unter den Stichworten „Diskursorientierung, Absehen von Eigeninteressen“, „Offenheit“, „Kritikmöglichkeit“, „Glaubwürdigkeit, Authentizität“ und „Herrschaftsfreiheit, Gleichberechtigung der Diskursteilnehmenden“ (ebd.) fassen die Autor*innen ihre Regeln eines Diskurses zusammen (zur näheren Betrachtung: siehe ebd.; Leupold et. al. 2022, 1). Zudem willigen alle Beteiligten den Hinweisen zum Datenschutz (DSGVO Art. 9 ff.), zur gesetzlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) sowie zur Anonymisierung der fallrelevanten Personen und der KEF-Teilnehmenden vorangestellt ein (vgl. Leupold et. al. 2022, 2; Deterra/Leupold 2023, 167). Die KEF greift zudem in ihrem Verlauf auf verschiedene *Methoden der kollegialen Beratung nach Tietze* (2020) zurück (vgl. Deterra/Leupold 2023, 169). Die Autor*innen bringen beispielsweise die Technik des „Brainstorming[s]“ (Deterra/Leupold 2023, 169) an, indem möglichst viele Ideen, ob realistisch und ausgearbeitet oder nicht, kritiklos innerhalb von 10 Minuten gesammelt werden (vgl. ebd.; Tietze 2020, 118-122). Als weitere wichtige Methode wird das „Blitzlicht“ (Deterra/Leupold 2023, 171) genannt, das vor allem am Prozessende bei der Beurteilung durch die Teilnehmenden als sinnvoll erlebt wird, indem diese kurz Bilanz ziehen und sich ihre Gedanken und Stimmungen gegenseitig mitteilen (vgl. ebd.; Tietze 2020, 105; für eine Methodenübersicht siehe: Tietze 2020, 117; 161).

Für den Beratungsprozess wurden bislang Leitfäden sowie verschiedene Hilfsmittel für die KEF entwickelt (vgl. Deterra/Leupold 2023 164; 167; 175). Die Leitfäden strukturieren das

methodische Vorgehen der Fallbesprechung (siehe B.6), dazu liegen der oben beschriebene *Basisleitfaden* sowie drei *Sonderleitfäden* und zudem *Praxisleitfäden* vor (vgl. ebd. 167; Anhang 13; 14; 15). Des Weiteren kann zur Einschätzung von erwünschten Folgen und unerwünschten Nebenfolgen bei Bedarf ein *Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung* als Hilfsmittel genutzt werden, der sich an den Abwägungsgesichtspunkten nach Gruber (2016, 186ff.; 2009, 189ff.) orientiert (vgl. Deterra/Leupold 2023, 170; 175; Leupold 2019: Anhang 16). Zudem gibt es einen *Überblick der Typologie ethischer Problemlagen* nach Leupold (vgl. Leupold 2023; Leupold 2024: Anhang 17). Als *mediales Hilfsmittel* wurde ein „interaktives digitales Bildungstool zur ethischen Fallanalyse“ entwickelt (Deterra/Leupold 2023, 164/ 175). Zur Orientierung in der Kohärenzprüfung wie auch in der Prüfung der Handlungsideen kann Visualisierung hilfreich sein, zum Beispiel mithilfe einer speziellen *Matrix* (vgl. ebd. 170.; Deterra 2020: Anhang 18). Zur selbstständigen Weiterbildung sind den Teilnehmenden acht *Lehrbriefe* zu den einzelnen Prinzipien sowie den Grundlagen der KEF durch Prof. Dr. Leupold zur Verfügung gestellt. Des Weiteren gibt es eine *Vorlage eines Protokollbogens*, eine *Handreichung zur Erstellung von Fallvignetten*, eine *Vorlage für die Fallvignetten*, eine *Handreichung zur Anonymisierung* sowie einer *Einverständniserklärung zur Fallspende*.

3.4 Vergleichender Überblick und Analyse

| A- | Kategorie | Prinzipienorientierte Falldiskussion | Kollegiale ethische Fallberatung (KEF) |
|--------------|---|---|---|
| A.1 | <i>Normative Grundlage</i> | Medizinethische Prinzipien nach Beauchamp/Childress (2019) | Medizinethische Prinzipien nach Beauchamp/Childress (2009) |
| A.1.1 | <i>Erweiterung</i> | - | Ersatz-/ Ergänzungsoptionen Bsp.: -berufsethische Prinzipien DBSH (2014) -ethische Leitlinien der Arbeitsstelle |
| A.1.2 | <i>Spezifizierung</i> | -Begründungsparadigma: Kohärentismus nach Badura (2011); Rawls (1975) -Gewichtung: Rechtlicher Aspekt Vorzug Autonomie | -Orientierung an verschiedenen Theorien/Definitionen möglich: bspw. tugendethisch -Gewichtung & Abwägung der Güter/Übel: Gruber (2016/ 2009) |
| A.2 | <i>Konzeptuelle Orientierungsgrundlagen</i> | | |
| A.2.1 | <i>Anforderungen an Modelle</i> | nach Marckmann (2022b): a) strukturiertes, methodisches Vorgehen b) normative Grundlage, | nach Dieringer (2019): a) Phasengliederung, b) Ethikkonzeption, c) Typisierung moralischer Konflikte |
| A.2.2 | <i>Fundierung</i> | Rechtlich: Medizinische Indikationsstellung | Strukturell/methodisch: Kollegiale Beratung nach Tietze (2020) |
| A.2.3 | <i>Prozess-weisende Aspekte</i> | Rechtliche Aspekte: Selbstbestimmungsrecht; Verfahren bei Einwilligungsunfähigkeit: Betreuungsrecht (BGB) | Typologie ethischer Problemlagen nach Leupold (2023) |

Tabelle A: Vergleich der theoretischen Grundlagen der prinzipienorientierten Falldiskussion und der KEF (eigene Darstellung der Verfasserin, S. K.)

| B- | Kategorie | Prinzipienorientierte Falldiskussion | Kollegiale ethische Fallberatung (KEF) |
|------------|------------------------|--|---|
| B.1 | Zielgruppe | Spezifische Berufsgruppe, interprofessionell und -disziplinär: Akteur*innen des Gesundheitswesens - Teilnahme auch für Angehörige, gesetzliche Vertretung möglich | Spezifische Berufsgruppe, interdisziplinär: Akteur*innen des Sozialwesens - Aktuell: Studierende & Praktiker*innen Sozialer Arbeit |
| B.2 | Ziel | -Orientierung & Unterstützung der Entscheidungsfindung in schwieriger Entscheidungssituation in gesundheitsprofessioneller Praxis -Ergebnis: ethisch gut begründbare Lösungsansätze bzw. ethisch am besten begründbare Handlungsoption als Handlungsempfehlung -Entlastung der beteiligten Personen -Transparenz & Nachvollziehbarkeit: Tragbarkeit & Zustimmung der Entscheidung erhöhen -Qualitätssicherung & Absicherung: Achtung ethischer und rechtlicher Verpflichtungen -Anregung kritischer Reflexion & Selbstreflexion: Förderung der Qualität ethischer Aufarbeitung -Prävention & Bildungsaspekt: Nachhaltige Verbesserung im Umgang mit ethisch schwierigen Situationen -Förderung inter- und intraprofessionelle Diskussionskultur | -Berufsethischen Ansprüchen in sozialberuflicher Praxis entsprechen -Qualitätssicherung & Prävention: Schaffung tragfähiger Voraussetzungen für eine bestmögliche moralische Angemessenheit in der Praxis -Etablierung, Ausdifferenzierung & Stabilisierung guter, professionsmoralischer Gründe im sozialberuflichen Handeln -Bildungsziel: Kultivierung ethischer Reflexion -Sensibilisierung der Wahrnehmung für ethische Problemlagen -Praxisziel: Minimierung der Wahrscheinlichkeit unmoralischer Handlungsscheidungen -Orientierung & Unterstützung der Entscheidungsfindung: Suche einer moralisch vertretbaren, kon sensfähigen Handlung -Transparenz -Vernetzung der Teilnehmenden |
| B.3 | Häufigkeit/ Rhythmus | Unregelmäßig, auf Anfrage („on-demand“) | Regelmäßig, wiederkehrend (monatlich) |
| B.4 | Dauer | 45-60 Minuten | 120-160 Minuten (abhängig von Fall-Komplexität & Wissenstand Teilnehmender) |
| B.5 | Veranstaltungsgröße | Variabel, unbegrenzt | Optimalgröße: 5-7 Personen pro Fall |
| B.6 | Veranstaltungsstruktur | Diskussion (ethische Fallbesprechung) - Leitfaden nach Marckmann/Meyer (2009) - Gliederung in fünf Phasen | Diskussion (ethische Fallbesprechung) - Basisleitfaden nach Deterra/Leupold (2023) - Weitere: drei Sonderleitfäden, Praxisleitfäden - Gliederung in fünf Phasen |
| B.7 | Setting | Präsenz - Räumlichkeiten der Gesundheitsversorgung | Digital - extraorganisational, extracurricular |
| B.8 | Didaktische Methoden | - (Professionelle) Moderation - Methodisches Vorgehen: - Medizinische & psychosoziale Aufarbeitung des Falls - Sammlung (Be-)Handlungsoptionen inklusive Prognosen - Bewertung Optionen durch Prinzipienanwendung; Nutzen-Schaden-Abwägung - Synthese & begründete Abwägung - Kritische Reflexion - Hilfsmittel: - Leitfaden-Übersicht - Leitfragen zu den einzelnen Bearbeitungsschritten | - Moderation (Intervision) - Methodisches Vorgehen: - Fallschilderung, Faktenanalyse, Identifikation & Priorisierung ethischer Problemlagen - Sammlung Handlungsideen - Bewertung Ideen: Prinzipienanwendung, Kohärenzprüfung, Güter-/ Übelabwägung - Austausch, Diskussion, Konsenssuche - Reflexion - Techniken nach Tietze (2020) - Hilfsmittel - Präambel: Rollenverteilung, Diskursregeln, Datenschutz & Schweigepflicht - Leitfäden-Übersichten; Leitfaden zur Güter- und Übelabwägung, ethische Problemlagen - „interaktives digitales Bildungstool zur ethischen Fallanalyse“ - Matrix zur Darstellung Kohärenz - Vorlage Protokollbogen, Fallvignette; Handreichung Anonymisierung, Fallspende - Weiterbildung: Acht Lehrbriefe, Literatur |

Tabelle B: Vergleich der direkt strukturierenden Merkmale (nach Seidlein et. al. 2019) der prinzipienorientierten Falldiskussion und der KEF (eigene Darstellung der Verfasserin, S. K.)

Die Tabellen veranschaulichen zentrale Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Modelle, die im Folgenden näher betrachtet werden. Zunächst lassen sich *Unterschiede im vorliegenden Literaturbestand* zu den Modellen feststellen. Für die prinzipienorientierte Falldiskussion liegen sieben einschlägige Publikationen von Marckmann, Mayer und weiteren Autor*innen vor, welche teilweise inhaltliche Überschneidungen aufweisen. Zur KEF hingegen existieren bislang lediglich zwei Beiträge innerhalb eines Sammelbands. Dass die KEF sehr jung und „noch in der Entwicklung“ ist (Deterra/Leupold 2023, 175), erklärt den aktuell überschaubaren publizierten Literaturbestand. Zugleich stellt die KEF jedoch ein erhebliches Volumen an unveröffentlichtem Arbeitsmaterial zur Verfügung. Im Vergleich der Grundlagen der Modelle, zeigen sich Ähnlichkeiten in ihrer *ethiktheoretischen Verordnung* und *Konzipierung*. In Anlehnung an die idealtypische Systematik klinischer Modelle (Bottom-Up/ Top-Down) lassen sich die Modelle den Bottom-up-Modellen zuzuordnen (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 133; Steinkamp/Gordijn 2010, 129-143; 150-178).

Die prinzipienorientierte Falldiskussion und die KEF bearbeiten ethisch schwierige Entscheidungssituationen bzw. ethische Problemlagen der jeweiligen Praxis und streben dabei ethisch vertretbare und gut begründete Lösungswege an (vgl. Marckmann 2022b, 21; Deterra/Leupold 2023, 165f.). Somit bewegen sich beide Modelle in dem Bereich der *normativen Ethik*: Sie wollen konkrete Fälle in Form einer „argumentative[n] Auseinandersetzung“ (Steinkamp/Gordijn 2010, 54) besprechen und sind auf die Handlungsfrage und Entscheidungsfindung in bestimmten Situationen ausgerichtet (vgl. ebd. 61). Die Modelle sind somit vorwiegend als problemorientierte Methoden einzuordnen, während haltungsorientierte Methoden hingegen die zu besprechende Situation „besser verstehen und in den Gesamtzusammenhang des Handelns einordnen“ möchten (Steinkamp 2020, 304f.). Zudem nähern sich beide Modelle den zu diskutierenden Fällen auf *deduktive Weise*. Sie beinhalten ein prinzipiengeleitetes Verfahren zur Lösungsbewertung und gehen dabei zu Orientierungszwecken von übergeordnet geltenden mittleren Prinzipien aus (vgl. Deterra/Leupold 2023, 169; Marckmann et. al. 2018a, 117). Im Beratungsprozess wird demnach vom Allgemeinen zum Besonderen des Einzelfalls fortgeschritten. Für beide Modelle ergibt sich dadurch der Vorteil einer gewissen Transparenz und Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsprozesses (vgl. Weber 2023, 52). In der KEF wird darüber hinaus auch die Wahrnehmung der ethischen Problemlagen durch festgelegte Kategorien der Typologie Leupolds strukturiert, welche auch wiederum mit Hilfe eines „deduktiven Verfahrens“ (Leupold 2023, 33) durch die Sichtung von ethischen Wissensbeständen und Vorentscheidungen für gültige Paradigmen und Definitionen zusammengestellt wurden (vgl. ebd.). Die ethischen *Argumentationsweisen* beider Modelle lassen jeweils *Mischformen* erkennen: In der prinzipienorientierten Falldiskussion wird deontologisch wie auch konsequenzialistisch

argumentiert. Die mittleren Prinzipien werden als „Verpflichtungen“ (Marckmann 2022b, 23) angenommen, denen nachzukommen ist und die systematisch geprüft werden (vgl. ebd.). Darüber hinaus werden diese nicht nur normativ als verpflichtend verstanden, sondern zum Teil auch als rechtlich bindend und prozessweisend betont (vgl. ebd. 22; A.2.3). Im Verlauf der Falldiskussion werden zudem die Folgen möglicher Handlungsoptionen berücksichtigt und beispielsweise in Form von erwartbaren weiteren Verläufen oder unerwünschten Nebenfolgen für die Patient*innen und andere Dritte betrachtet, was den konsequenzalistischen Anteil der Argumentation ausmacht (vgl. Marckmann 2022b, 24-27). Argumente beider Art erscheinen ausschlaggebend für die Bewertung und das Ergebnis einer Falldiskussion. Dies trifft auch auf die KEF zu, während hier zusätzlich die Option einer tugendethischen Interpretation angeboten wird: die Autor*innen deklarieren, die Auslegung der gewählten Prinzipien ist in der KEF „nicht durch die Festlegung auf eine bestimmte ethische Theorie begrenzt“ (Deterra/Leupold 2023, 170) und die Spezifizierung eines Prinzips kann „bspw. sowohl tugend- als auch prinzipienethisch“ erfolgen (ebd.). Die Orientierung an mittleren ethischen Prinzipien in der Lösungsbeurteilung kann als deontologisch beschrieben werden, währenddessen können Prinzipien auch tugendethisch ausdifferenziert werden und bei der Abwägung von Gütern und Übel hinsichtlich „beabsichtigten Folgen und erwartbaren Nebenfolgen“ (ebd.) wird konsequenzalistisch argumentiert (vgl. ebd.).

Bei der näheren inhaltlichen Betrachtung der theoretischen Grundlagen (A-Kategorien) werden neben wenigen Gemeinsamkeiten bereits einige Unterschiede erkennbar, während die direkt strukturierenden Merkmale der Verfahren (B-Kategorien) umso deutlichere Differenzen im Vergleich aufweisen. Die Modelle bedienen sich *derselben primären normativen Grundlage*, den medizinethischen Prinzipien nach Beauchamp und Childress bzw. schlagen diese im Falle der KEF zur Orientierung vor (A.1). Die Option, *medizinethische* Prinzipien auch zu *sozialprofessioneller* Fallberatung zu nutzen, ist durch ihre Beschaffenheit zu legitimieren: Die vier Prinzipien basieren auf allgemeinen Normen und funktionieren den Autoren nach als „analytical framework intended to express general norms of the common morality that are a suitable starting point for biomedical ethics“ sowie als „general guidelines for the formulation of the more specific rules“ (Beauchamp/Childress 2009, 12). Die Prinzipien knüpfen demnach an moralische Alltagsüberzeugungen an, sind daher anschlussfähig für verschiedene Professionen und Anwendungsfelder und bieten eine allgemeine Grundstruktur, die für weitere Auslegung, Spezifizierungen und Anpassung an bestimmte Bereiche offen ist (vgl. Düwell 2011, 245). Zudem sind dieselben Prinzipien auch in der Berufsethik des DBSH verankert (vgl. DBSH 2014, 27). Die KEF bietet weitergehend einen Fundus für erweiternde oder optionale normative Grundlagen an (A.1.1).

So handelt es sich bei beiden Modellen in erster Linie um *prinzipiengeleitete Verfahren* ethischer Fallbesprechung (vgl. Weber 2023b, 51ff.), während die Spezifizierung in Form von Auslegung und Gewichtung der jeweiligen Prinzipien sowie Abwägung ihrer Lösungshandlungen in beiden Modellen ihren *hermeneutisch-dialogischen Moment* ausmachen (vgl. ebd. 54ff.; A.1.2). Die Prinzipien bieten eine allgemeine Orientierung und lassen „im Einzelfall noch einen erheblichen Beurteilungsspielraum“ zu (Marckmann 2022a, 12), was zugleich die folgenden Vor- und Nachteile des Ansatzes aufzeigt (vgl. ebd.): Er bietet Offenheit für die Individualität von Fällen, ist für verschiedene Grundüberzeugungen anschlussfähig, lässt Raum für Interpretationen und Kompromisse und ist somit flexibel und großflächig einsetzbar (vgl. ebd.). Gleichzeitig macht eben diese Offenheit und Flexibilität „intuitive Urteile und subjektive Abwägungen“ (ebd. 13) in moralisch schwierigen Entscheidungssituationen notwendig und geht somit mit einem „eingeschränkten Problemlösungspotenzial“ einher (ebd. 12), da die Gewichtung der Prinzipien und Bewertung der Lösungswege für die Konfliktsituationen immer aufs Neue von den Beteiligten in spezifischem Einzelfall herausgearbeitet werden müssen (vgl. ebd. 12f.; Marckmann/Jox 2013, 445). Der unklaren Definition und Gewichtung sowie Kontextabhängigkeit und undeutlicher Möglichkeiten der Hierarchisierung im Konfliktfall mittlerer Prinzipien fügt die allgemeine Kritik solcher Ansätze noch hinzu, dass das „*faktische Überzeugsein von der Richtigkeit der Prinzipien* noch nicht ihre *philosophische Geltung* begründet“ (Düwell 2011, 246; Kursiv. i. O.). Düwell betont hier die Aufgabe der Ethik, sich gegenüber diesen Prinzipien „noch einmal kritisch zu verhalten“ (ebd.) und ihre philosophische Gültigkeit kritisch zu reflektieren (vgl. ebd.). Nach Einschätzung Marckmanns überwiegen die Vorteile in der Anwendung jedoch die Nachteile und der Ansatz wird angesichts der Diversität und Komplexität von Fällen aus dem gesundheitsprofessionellen Bereich als angemessen erklärt (vgl. Marckmann 2022a, 12f.). Im anwendungsbezogenen Kontext ist es nach Düwell jedoch „erforderlich, eine philosophisch ausgewiesene ethische Theorie zu Grunde zu legen, um die herangezogenen Beurteilungsprinzipien zu legitimieren“ (Düwell 2011, 246). Die prinzipienorientierte Falldiskussion beruft sich hier auf den Kohärentismus, der den Ansatz hinreichend legitimiert, die fallabhängige Offenheit und Auslegungsnotwendigkeit wie oben beschrieben jedoch stehen lässt (A.1.2). Auch in der KEF müssen die Prinzipien näher spezifiziert und die Güter und Übel der herausgearbeiteten Lösungsansätze abgewogen werden, hierfür werden im Unterschied zur prinzipienorientierten Falldiskussion mehrere konkrete Theorien und Ansätze vorgeschlagen (A.1.2; vgl. Leupold 2019, 1f.). Bspw. werden konkrete Regeln in der Güter- und Übelabwägung orientiert an Gruber (2016) in Form eines Leitfadens zur Verfügung gestellt (vgl. Leupold 2019, 1f.; Deterra/Leupold 2023, 170). Hier gilt zum Beispiel in der Abwägung von Übeln im Sinne einer Suche nach dem geringsten Übel: „Kurzfristig vor langfristig“ oder „Reversible vor

irreversible“ (Leupold 2019, 1), um nur zwei der aufgeführten Punkte zu nennen (weitergehend siehe Anhang 16).

Die *Modell-Anforderungen* für die prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann decken sich mit den von Weber aufgestellten allgemeinen Charakteristika für prinzipiengeleitete Verfahren (A.2.1; Weber 2023b, 51), während die Autor*innen der KEF ihre Ansprüche um einen weiteren hermeneutischen Moment der Charakterisierung der ethischen Problemlagen erweitern (A.2.1; A.2.3; Deterra/Leupold 2023; 168f.; Dieringer 2019, 9). Dieser „hermeneutische Prozess“ (Leupold 2023, 33) des Fallverständens mithilfe der Typologie ethischer Problemlagen erfordert erweiterte Kommunikationsfähigkeiten und Perspektivenwechsel von den Teilnehmenden (vgl. ebd.). Dabei folgt die KEF konzeptuell dem Vorschlag Dieringers, der aus der allgemeinen Definition für ethische Fallbesprechungen nach Steinkamp (2017, 2) drei charakteristische Aspekte und daraus drei Anforderungen an ihre Modelle herleitet (vgl. Dieringer 2019, 8f.). Nach Dieringer sollte ein Modell ethischer Fallbesprechung neben der Phasengliederung und der normativen Grundlage eine Typisierung solcher ethischen Problemlagen vorlegen, die durch ebendieses Modell bearbeitbar werden (vgl. ebd. 9). Hintergrund dafür ist die Annahme Dieringers, dass die Problemlagen genau einzuordnen sind, da sie unterschiedlich beschaffen und demnach unterschiedlich zu bearbeiten sind (vgl. ebd. 12-19). In der KEF gleicht daher die Identifizierung der ethischen Problemlage einer „Schlüsselfrage“ (Deterra/Leupold 2023, 168; Tietze 2020, 83ff.) und bestimmt das Kernproblem sowie das weitere Vorgehen (vgl. Deterra/Leupold 2023, 168). Bei der Priorisierung bestimmter ethischer Problemlagen wird dann nach entsprechenden Sonderleitfäden verfahren (vgl. ebd.).

Das *Volumen* der in der KEF vorgeschlagenen ethischen Ansätze zur Orientierung, Erweiterung und Spezifizierung sowie die *Intensität* des Fallverständens und der tiefergehenden ethischen Reflexion mit erweitertem dialogisch-hermeneutischem Anspruch erklären den deutlichen Unterschied zur prinzipienorientierten Falldiskussion in der Kategorie *Dauer* (B.4): Während eine prinzipienorientierte Falldiskussion 45 bis 60 Minuten in Anspruch nimmt, kann eine KEF mit 120 bis 160 Minuten zwei- bis dreimal so viel Zeit beanspruchen. Einen ähnlichen Hintergrund lässt sich auch bei der Veranstaltungsstruktur und den didaktischen Methoden ausmachen (B.6; B.8). Während die beiden Modelle eine *gleiche Grundstruktur* in Form einer in fünf Phasen gegliederten ethischen Fallbesprechung aufweisen (B.6) und dabei auch *methodisch grundsätzlich ähnlich* aufgebaut sind (B.8: Fallverständen, Lösungswege sammeln, Bewertung durch Prinzipienanwendung, Synthese/Kohärenzprüfung, begründete Abwägung, Diskussion, Reflexion), bietet die KEF ergänzend eine Vielzahl an Techniken und didaktischen Hilfsmitteln sowie Weiterbildungsmaterial an (B.8).

Dabei erweist sich als interessant, welche *Bearbeitungsschritte* in den Verfahren jeweils am

meisten Zeit einnehmen. Für die prinzipienorientierte Falldiskussion erklärt Marckmann, dass die medizinische und psychosoziale Aufarbeitung des Falls und das Sammeln möglicher (Be-)Handlungsoptionen „deutlich mehr als die Hälfte der gesamten Dauer der Fallbesprechung einnehmen“ kann (Marckmann 2022b, 25; B.4). Währenddessen räumt die KEF vor allem der Identifikation und Priorisierung ethischer Problemlagen, aber auch der Auslegung der Prinzipien den höchsten Zeitaufwand ein (vgl. Deterra/Leupold 2023, 168f.; B.4). Beide Modelle geben also zunächst dem Fallverstehen viel Raum, verfahren dabei jedoch unterschiedlich und fokussieren jeweils eine unterschiedliche Informationslage, das heißt sie setzen anders an. Der Fokus der prinzipienorientierten Falldiskussion liegt zunächst auf der gesundheitsprofessionellen Expertise und Wahrnehmung: Eine „gemeinsam geteilte, umfassende Sicht der medizinischen Situation des[*der] Patient[*in]“ und „das gesamte Spektrum aller sinnvollen Behandlungsmöglichkeiten zu erfassen, von einer uneingeschränkten lebenserhaltenden Therapie bis hin zu einem vollständigen Verzicht auf lebenserhaltende Behandlungsmaßnahmen“ (Marckmann 2022b, 24), wird als fundamental für die Fallbearbeitung deklariert, da hier die Grundlage für die ethische Bewertung generiert wird (vgl. ebd. f.). Dabei fokussiert die KEF die ethische Dimension des Falls und will die vorliegende Problemlage näher verstehen, um bereits zu prozessweisenden Erkenntnissen zu gelangen und eine Diskussionsgrundlage zu schaffen (B.4; A.2.3). Ein Grund hierfür ist in der *unterschiedlichen technischen Ausstattung* der Professionen auszumachen: Verglichen mit der Medizin und anderen gesundheitsprofessionellen Disziplinen erweist sich die Soziale Arbeit als eine „vergleichsweise ‚instrumentenlose‘ Praxis“ (Steinkamp 2017, 9). Obgleich sie durch finanzielle oder juristische Aspekte instrumentell tätig werden kann, übt sich gesundheitsprofessionelle Praxis bspw. „deutlicher wahrnehmbar auf die Veränderung körperlicher Zustände und Prozesse“ aus (ebd.). In der Sozialen Arbeit wird also nicht vordergründig technisch-instrumentell verfahren, stattdessen steht hier „kommunikatives Handeln im Vordergrund“ (ebd.). Nach Steinkamp kommt der Moralität sozialprofessioneller Praxis damit ein „besonders deutliches Alleinstellungsmerkmal“ zu (ebd.). Dies zieht nach sich, dass in ethischen Fallreflexionen im sozialen Bereich die „Frage der Zulässigkeit instrumenteller Eingriffe weniger, die moralische Qualität der Interaktion mit Klientinnen und Klienten hingegen noch mehr im Vordergrund steht“ (ebd.). So folgt die KEF durch das tiefergehende Verstehen und Identifizieren der ethischen Problemlagen dem Grundsatz: „Nur was begriffen ist, kann intersubjektiv kommuniziert und durch Beratung bearbeitet werden“ (Lob-Hüdepohl 2017, 7).

Die unterschiedliche Dauer (B.4) der Fallbesprechungen scheint vor allem von zur Verfügung stehenden zeitlichen Ressourcen im entsprechenden *Anwendungskontext* abhängig zu sein. Als häufiger Anlass für eine prinzipienorientierte Falldiskussion wird eine „Unsicherheit oder

Uneinigkeit“ über die bestmögliche der verfügbaren Handlungsoptionen aus ethischer Perspektive angegeben (vgl. Marckmann 2022b, 22; 24). Die Unsicherheit, was zu tun ist, kann auch daher röhren, dass die „ethischen Verpflichtungen unklar“ (ebd. 23) sind oder miteinander in Konflikt geraten, beispielsweise wenn der Patient*innenwille schwierig festzustellen ist oder Patient*innen eine Behandlung mit schweren Nebenfolgen wünscht (vgl. ebd.). Eine prinzipienorientierte Falldiskussion ist also nicht vorplanbar, sondern findet im Falle einer schwierigen Entscheidungssituation auf Anfrage im gesundheitsprofessionellen Raum mit dem gesamten an der Patient*innenversorgung beteiligten Team statt (B.1; B.3; B.7). Höhere zeitliche Ressourcen wären im Alltag des Gesundheitswesens wohl kaum zu entbehen angesichts der Notfallsituationen, hohen Arbeitslast und personellen Unterbesetzung. Hierzu erklären Schleger et. al. in Bezug auf die Anwendung des METAP-Modells zur klinischen ethischen Fallbesprechung:

„Zeitknappheit ist eine Herausforderung des Praxisalltags, mit der alle Berufsgruppen umgehen müssen. Längere interprofessionelle Gespräche werden deshalb eher skeptisch und als nicht sehr praxistauglich gesehen. Sitzungen, die sich lange hinziehen und eine Ergebnisorientierung vermissen lassen, können die klinische Akzeptanz für ethische Fallbesprechungen in Frage stellen.“

(Schleger et. al. 2019, 248)

So zeigen sich durch die prinzipienorientierte Falldiskussion die von Weber thematisierten allgemeinen Vorteile von prinzipienorientierten Verfahren, die vor allem bei „hohem zeitlichen Entscheidungsdruck und bei Einschränkungen der Kommunikationsmöglichkeiten“ (Weber 2023b, 52) sowie bei rechtlich relevanten Fragen hilfreich sind, um schnell zu guten und transparenten ethischen Entscheidungen zu gelangen (vgl. ebd.). Die Termine für die KEF hingegen sind vordatiert und die Treffen finden digital in einem extraorganisationalen wie extracurricularen Rahmen in Form einer Intervision statt (B.1; B.3; B.7). Die freiwillige und freizeitliche Teilnahme außerhalb des beruflichen Alltags eröffnet die erweiterten zeitlichen Möglichkeiten und damit auch die tiefgehende ethische Auseinandersetzung, die Offenheit für Ergänzungen, für eine passgenaue Methodenauswahl und für dialogisch-hermeneutische Momente.

Zudem hängt mit dem Anwendungskontext der Modelle auch die Veranstaltungsgröße (B.5) zusammen: An der prinzipienorientierten Falldiskussion sollen alle von dem Fall Betroffenen teilnehmen (B.1; B.7). Das bedeutet, die Veranstaltungsgröße der prinzipienorientierten Falldiskussion hängt davon ab, wie viele Personen in der Patient*innenversorgung eine Rolle spielen, da alle beteiligten Akteur*innen und Disziplinen hierbei wichtige Informationen und Perspektiven einbringen, und ist daher variabel und unbegrenzt (B.5). Dabei erscheint es sinnvoll, dass die prinzipienorientierte Falldiskussion im formalen Prozess von ausgebildeten Ethikberater*innen durchgeführt wird. Im Unterschied hierzu soll nach dem Intervisionsformat der KEF

im Beratungsprozess nur die fallgebende Person in Verbindung zum Fall stehen und von Personen außerhalb des beruflichen Teams beraten werden (B.1; B.7; A.2.2). Auch wenn das digitale Setting der KEF erst mal ebenso über einen unbegrenzten Rahmen verfügt, kann sie für eine einzelne Fallbesprechung eine auf Erfahrungen basierende optimale Gruppengröße festlegen (B.5).

Den bereits dargelegten Aspekten (Unterschiede des Anwendungskontextes, der zeitlichen wie auch theoretischen und methodischen Ressourcen) liegt eine *unterschiedliche Ausrichtung der Modelle* zu Grunde, die sich anhand der *Zielsetzung* ausmachen lässt (B.2). Zwar werden durch die Modelle ähnliche Ziele verfolgt, wie bspw. Orientierung, Unterstützung der Entscheidungsfindung, Transparenz und Qualitätssicherung, jedoch lassen sich dabei unterschiedliche Fokusse ausmachen. Leupold und Wallroth schlagen diesbezüglich eine Charakterisierung der Modelle als Bildungs- oder Praxisformate vor (ebd. 2023, 135). Bei der prinzipienorientierte Falldiskussion ist ein deutlicher Praxisfokus zu erkennen: Das Modell wird in erster Linie dazu genutzt, in einer schwierigen Entscheidungssituation zu der ethisch am besten vertretbaren Handlungsoption zu gelangen und dabei Transparenz, Entlastung, Tragbarkeit und Absicherung zu erreichen (B.2). Zudem verfolgt sie auch Bildungsziele und präventive Aspekte, diese jedoch nicht vordergründig. Bei der KEF hingegen sind vordergründig Bildungs- wie auch Praxisaspekte zugleich zu erkennen: Sie will ethische Reflexion kultivieren und die Wahrnehmung für ethische Problemlagen sensibilisieren, um dadurch berufsethischen Ansprüchen in der Sozialen Arbeit gerecht zu werden (B.2). Die Fälle können „retrospektiv sowie prospektiv“ (Leupold/Wallroth 2023, 134) reflektiert werden, je nach eingebrachtem Fall kann hier also ein „Bildungs- oder ein Praxisfokus“ (ebd.) im Vordergrund stehen. Die Ziele sollen durch die KEF ohne externe, professionelle Beratungsperson erreicht werden, daher eignen sich die Teilnehmenden das nötige Hintergrundwissen eigenständig an (vgl. ebd.; Deterra/Leupold 2023, 165; Lippmann 2013, 12ff.). Das nötige Hintergrundwissen zeigt sich hier in einer Fülle an theoretischem Material in Form von Lehrbriefen zu den Grundlagen der KEF und zu den einzelnen Prinzipien sowie weiterführender Literatur zur Selbstbildung (B.8). Die Autoren Leupold und Wallroth postulieren zwar, dass die KEF eher zum Praxisfokus tendiere, denn sie ist bspw. ergebnisorientiert und will eine Entscheidung für ein konkretes Problem aus der Praxis mit einem gewissen Handlungsdruck erleichtern (vgl. Leupold/Wallroth 2023, 136), jedoch ist sie ohne die selbstständige Weiterbildung der Teilnehmenden nicht umzusetzen. Das heißt die KEF strebt an, Ziele für die Praxis zu erreichen, muss dabei jedoch erst an ethischer Bildung ansetzen (vgl. ebd. 135). Aufgrund der nötigen Weiterbildung und der Menge an aufgestellten Bildungszielen wird die aktuelle KEF hier eher als ein Bildungsformat interpretiert.

3.5 Diskussion

Die Auswertung der Vergleichsergebnisse bietet eine breite Grundlage für eine weitergehende Diskussion dieser. Mit Blick auf die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen erscheinen auf Basis des durchgeführten Vergleichs vor allem die Aspekte des Volumens, in Form des theoretischen Umfangs (A-Kategorien) und der Dauer (B.4), sowie des Settings (B.7) der KEF besonders relevant. Diese zeigen wie oben ausgeführt deutliche Unterschiede zur prinzipienorientierten Falldiskussion und werden im Folgenden weitergehend diskutiert. Dazu lassen sich bezüglich der Anwendung der KEF drei zusammenhängende Empfehlungen aus den Analyseergebnissen ableiten.

1. Bildungsformat

Zunächst lässt sich grundlegend festhalten, dass es angesichts des aktuellen Entwicklungsstands ethischer Entscheidungsfindung im sozialen Bereich sinnvoll erscheint, bei der ethischen Bildung anzusetzen, wie die KEF es tut. Da wie bereits erwähnt bislang erst wenige Modelle ethischer Fallberatung für den sozialen Bereich entwickelt wurden und noch weniger in der Praxis etabliert sind, ergibt sich die Notwendigkeit den Sozialprofessionellen zunächst das nötige Wissen zu vermitteln, um dann entsprechende Werkzeuge etablieren zu können. Das heißt Modelle ethischer Fallreflexion müssen im Sozialwesen an einem anderen Punkt ansetzen als Modelle im Gesundheitswesen, wo bereits etablierte Strukturen und Fortbildungsprogramme etc. und demnach ein fortgeschrittener Wissensstand sowie angemessener Anwendungskontext bestehen, an denen die Modelle anschließen können. Es braucht zunächst eine Grundlage, um eine anwendungsbezogene Ebene eröffnen zu können.

Die KEF erscheint in aktueller Form geeignet und passend, um den Zielen der Professionalisierung in Form eines Bildungsformats nachzukommen. Die Autor*innen Deterra und Leupold evaluieren, dass die KEF zu einer „Qualifizierung von ‚informellen Ethikbeauftragten‘ in sozialen Einrichtungen“ beiträgt (Deterra/Leupold 2023, 175). Zudem wird die „studien- und praxisbegleitende regelmäßige“ (ebd.) Durchführung des Modells als sinnvoll für eine berufsethische Angemessenheit sozialprofessionellen Handelns in der Praxis bewertet (vgl. ebd.). Davon profitieren allerdings im aktuellen Setting nur wenige Personen als Mitglieder der Ethik-AG, die freiwillig ihre Freizeit für die Erprobung der KEF aufbringen. Die Ethik-AG mit der regelmäßigen Anwendung der KEF wirkt vielversprechend für eine offizielle Etablierung als Bildungsformat an den Hochschulen und Ausbildungsstätten für Sozialarbeiter*innen. Hierbei erscheint es lohnend eine Integration des Formats als Seminar ethischer Bildung und Praxisvorbereitung in den Lehrplan Sozialer Arbeit vorzunehmen. Ein offiziell curriculares Format würde den Vorteil mit sich bringen, alle Studierenden anzusprechen, sodass sich ein ethisches Basiswissen und dessen Anwendbarkeit weitläufig für die Praxis etablieren könnte.

In der Sichtung von exemplarischen Modulplänen Sozialer Arbeit fällt auf, dass explizite Ethik-Seminare rar sind, dabei ist ein Anbringen ethischer Theorien meist in Grundlagen-Seminaren gesichert (vgl. bspw. ASH Berlin 2025; HAW Hamburg 2022; TH Köln 2023). Jedoch ist fraglich, ob ihr Anwendungsbezug in gegebenen Seminaren ausreicht. So lässt sich hier mit Kaminsky argumentieren, dass die Vermittlung ethischer Inhalte zuweilen sehr abstrakt ausfallen kann und als Praxisvorbereitung nicht genügt (vgl. Kapitel 2.3.3). Eine offizielle Integration eines Ethik-Seminars einschließlich ethischer Bildung und Anwendungsbezug durch kollegiale ethische Fallberatung in den Lehrplan könnte einerseits der Anwendbarkeit ethischer Inhalte und andererseits der Relevanz der moralischen Dimension Sozialer Arbeit und der ethischen Auseinandersetzung in ihrer Praxis gerecht werden (vgl. Kapitel 2.3). Auch Wallroth evaluiert sein Bildungsformat an der Fachhochschule Münster als bedeutend für die berufliche Ethosbildung bei Studierenden und schlägt vor, ein „flächendeckendes Angebot zu entwickeln, das einen entsprechend festen Platz im Curriculum des Studiengangs hat“ (Wallroth 2023, 148). Weber fügt mit Blick auf sein Bildungsformat an der Hochschule Hannover dem Ziel der Ethosbildung das Erlernen sensibler Kommunikationsfähigkeiten sowie die Bildung der moralischen Identität hinzu (vgl. Weber 2023a, 152; 161f.). Dabei betont er, dass der Prozess ethischen Entscheidens zugleich eine Selbst-Erfahrung ist (vgl. ebd. 162). Da Sozialarbeiter*innen immer auch aktiv mit ihrer Persönlichkeit arbeiten und somit Teil der Situationen sind, mit denen sie arbeiten (vgl. Dörr/Müller 2019, 18), ist ihre Persönlichkeit mitsamt eigener moralischer Haltung von ihrer Berufsrolle und damit professioneller Handlung schlecht trennbar (vgl. Wallroth 2023, 140). Die Bildungsformate können somit einen wichtigen Beitrag zur Persönlichkeitsentwicklung, Förderung von Selbstreflexion und Perspektivenwechsel, Bewusstwerdung eigener Wertevorstellung und einer Verfestigung professioneller Haltung leisten und so Studierende auf den moralisch komplexen Berufsalltag vorbereiten (vgl. ebd.; Weber 2023a, 161f.).

Ein passender Umfang sowie Lehrinhalte für ein Ethik-Seminar müssten weiter ausgearbeitet werden. Beispielsweise würde sich anbieten, das Seminar wöchentlich und dreistündig in höheren Semestern anzusetzen, um einen fortgeschrittenen Wissenstand und Praxiserfahrungen voraussetzen zu können und theoretische Ansätze sowie Methodik angewandter Ethik für die Soziale Arbeit zu vermitteln und jede zweite Sitzung die KEF anhand von retrospektiven Fällen aus der Praxis einzuüben. Auch könnten bestehende Ethik-Seminare, wie das an der Alice Salomon Hochschule Berlin, durch die Einübung ethischer Fallbesprechung in Form der KEF ergänzt werden (vgl. ASH Berlin 2025, 42). In Frage steht jedoch, ob die KEF als Bildungsformat ihren möglichen Beitrag zur Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung vollends ausschöpft. Da vor allem Modelle für die berufliche Praxis relevant sind und als

Praxisformate Anwendung finden sollen (vgl. Kap. 2.3; Leupold/Wallroth 2023, 129; 135), erscheint es lohnend, an dieser Stelle auch die Möglichkeiten einer Integration in den beruflichen Alltag zu thematisieren, wie es die prinzipienorientierte Falldiskussion demonstriert.

2. Praxisformat

Das aktuelle Konzept der KEF lässt vermuten, dass sein Volumen eine Etablierung in der beruflichen Praxis erheblich erschweren könnte. Der Umfang der theoretischen Grundlagen (A) und der möglichen Methodik (B.8) sowie die Dauer der Durchführung (B.4) erscheinen nicht verhältnismäßig bzw. zu hochschwellig für eine breite Etablierung im Sozialwesen als Interventionsformat. Dabei beanspruchen insbesondere die dialogisch-hermeneutischen Momente der KEF viel Zeit und benötigen Übung. Nach Weber wären dialogisch-hermeneutische Verfahren für eine Etablierung im Sozialwesen anschlussfähiger, da hier Zeit und Kommunikation verglichen mit dem Gesundheitswesen nicht allzu begrenzt wären und die Verfahren der Individualität von Fällen und ihren Betroffenen mehr Raum geben würden (vgl. Weber 2023b, 56ff.). Gleichzeitig sieht er die Voraussetzung der notwendigen „organisatorischen Rahmenbedingungen“ (ebd. 60) für eine Fallbesprechung, die sich Zeit lässt, als obligatorisch an. Dem Bestehen der Rahmenbedingung erweiterter Zeitressourcen ist jedoch zu widersprechen, ihnen sind beispielsweise die als ethisch relevant erlebten Fragestellungen und Strukturen auf der Mesoebene entgegenzusetzen (vgl. Kap. 2.3.2). Auch Kohlfürst und Kulke fordern die Entwicklung von Formaten, die für einen sozialprofessionellen Alltag „bei knappen Zeitbudgets handhabbar“ (ebd. 2023, 103) gestaltet werden sollten. Für ein Praxisformat wäre das Modell der KEF folglich anzupassen und zu reduzieren.

Die Arbeitsgruppe hat dahingehend bereits Praxisleitfäden entwickelt, die im Vergleich zu dem hier betrachteten Basisleitfaden inhaltlich wie zeitlich reduziert sind (vgl. Leupold/Harbst 2024, 2: Anhang 15). Diese erscheinen praxistauglicher und würden sich für ein Praxisformat eher anbieten, jedoch lässt sich hier annehmen, dass ihre Umsetzung ohne das nötige Grundlagenwissen nicht auskommen würde und sie nicht ohne Weiteres umsetzbar sind. Dies wird bspw. im Fallverstehen deutlich: Auch die Praxisleitfäden bauen auf die Identifizierung und Priorisierung ethischer Problemlagen auf, da hier wie im Basisprozess bei bestimmten Problemlagen abweichend nach Sonderleitfäden vorgegangen werden soll. Der gemeinsame Prozess der Identifizierung und Priorisierung ist im Praxisleitfaden jedoch ausgelassen und wird bereits vorher, gewissermaßen „outgesourced“, verhandelt (vgl. Leupold/Harbst 2024, 2). Das heißt, das ethische Fallverstehen wird hier reduziert und die Zeit für die Suche nach Priorisierung und weiterem Vorgehen im Beratungsprozess gespart, aber die Fallberatung basiert immer noch auf der Entscheidung für priorisierte Problemlage und Leitfaden. Es braucht tiefergehendes Grund- und Erfahrungswissen hierfür. Auch die Autor*innen der KEF erkennen dem

Prozess eine gewisse „Herausforderung“ an (Deterra/Leupold 2023, 168) und setzen einen nötigen Bildungsgewinn für einen schnelleren Ablauf voraus (vgl. ebd.), folglich ist Bildung notwendig für das Verfahren. Des Weiteren fällt eine weitere Reduktion in den Praxisleitfäden auf, die Reduktion der erweiterten normativen Grundlagen (A.1.1): Nach Praxisleitfaden sind die Handlungsoptionen nur nach den vier medizinethischen Prinzipien zu bewerten (vgl. Leupold/Harbst 2024, 3). Fraglich ist die Zweitrangigkeit der übrigen berufsethischen Prinzipien der Sozialen Arbeit, der Solidarität und Effektivität bzw. Wirtschaftlichkeit, die nicht näher verständlich gemacht wird. Die Reduktion des Modells erweist sich also als notwendig für seine Praxistauglichkeit und Effektivität, die Umsetzung der Reduktion stellt sich jedoch als komplex dar.

Zudem müssten für eine Praxisetablierung Netzwerke für ethische Fallbesprechungen geschaffen und bspw. über Berufsverbände ausgebaut werden oder das Setting der KEF müsste überdacht und angepasst werden. Dahingehend stellt sich die Frage, ob allein ein extraorganisationales, digitales Setting zielführend ist oder ob das Modell auch in einen Teamkontext in Präsenz zu übersetzen wäre. Für eine Praxisetablierung ist vor allem der extraorganisationale Aspekt kritisch zu beurteilen und zu überdenken. Eine professionelle ethische Auseinandersetzung mit relevanten Praxisthemen sollte nicht in der Freizeit der Mitarbeitenden stattfinden, sondern in gegebene Praxisstrukturen und als Teil bezahlter Lohnarbeit integriert werden. Bei einer Anpassung des Settings könnte des Weiteren auch eine Anpassung an spezifische Bereiche des Sozialwesens berücksichtigt werden. Beispielsweise könnte der Leitfaden durch entsprechende bereichsspezifische rechtliche Grundlagen ergänzt werden, da auch im Sozialwesen rechtlichweisende Bestimmungen bestehen. Der aktuelle Praxisleitfaden der KEF greift die rechtliche Perspektive auf den zu besprechenden Fall bereits auf, während diese im Basisleitfaden noch vernachlässigt wird. Eine weitergehende bereichsspezifische Anpassung könnte zum Beispiel für die KJH die ausschlaggebenden Paragrafen des achten Sozialgesetzbuchs (SGB VIII) im Leitfaden direkt berücksichtigen. Hier würde sich darüber hinaus auch eine Betrachtung von Fällen, die zum Beispiel die Meldung einer Kindeswohlgefährdung oder die Inobhutnahme von Kindern beinhalten, durch eine retrospektive KEF zur Überprüfung und Entlastung der Mitarbeitenden anbieten.

3. Fortbildungformat

Wäre die KEF auch für ein Team-Setting angeschlussfähig, könnten beispielsweise Fortbildungsprogramme entwickelt werden, um den Professionellen das nötige Basiswissen (A-Kategorien) zur KEF zu vermitteln und ihre Durchführung und Struktur (B.6) inklusive Methodik (B.8) einzutüben. Darauf aufbauend könnten die Teams die KEF mit Hilfe des angepassten Praxisformats bei Bedarf in Teamsitzungen durchführen. Professionellen sozialer Institutionen stehen

dafür bspw. Bildungsurlaube oder Fortbildungsgelder zur Verfügung. Ein Fortbildungsangebot könnte bspw. aus Erkenntnissen durch Erfahrungen mit dem Bildungsformat entwickelt werden oder auch mit Fortbildungsformaten des Gesundheitswesens gegengecheckt werden. Darüber hinaus wäre es möglich zu überlegen, ob sich die KEF auch als Supervisionsformat eignen könnte. Die KEF als Intervision funktioniert durch den extraorganisationalen Rahmen gut, wenn dieser jedoch an Teamstrukturen angepasst werden würde, könnten Situationen auftreten, in denen das gesamte Team mit dem gegebenen Fall vertraut ist und beraten möchte, ähnlich wie in der prinzipienorientierten Falldiskussion. Die Moderationsrolle sowie eine beratende Funktion gleichzeitig zu erfüllen, ist in der KEF zwar möglich und grundsätzlich umsetzbar, eine externe Moderation könnte hier aber zusätzlich den Prozess erleichtern, vor allem wenn die Fallberatung noch nicht fortgeschritten routiniert ist. Zudem könnte eine Supervision auch gemischte Teams erreichen, die aus Sozialprofessionellen, Honorarkräften und Ehrenamtlichen zusammengesetzt sind, wodurch die Breite der unterschiedlichen Wissensstände und Wahrnehmungen vermutlich noch stärker variieren können und eine Moderation durch externe Professionelle hilfreich erscheint. Für eine Unterstützung der Durchführung einer KEF in der Praxis als Intervision wären unterdessen auch Ethikbeauftragte prädestiniert. Diese könnten bspw. für die Vorbereitung der Fallreflexion oder auch ihre Moderation und didaktisch-methodische Anleitung entsprechend aus- und fortgebildet werden. Die oben genannte Möglichkeit des aktuellen Beitrags der KEF zur Qualifizierung informeller Ethikbeauftragten in sozialprofessionellen Teams scheint offensichtlich ein Gewinn für die Teams zu sein, jedoch ließe sich auch hier im Sinne einer Professionalisierung weiterdenken und die offizielle, formale Qualifizierung von Ethikbeauftragten weiterentwickeln. Für die Entwicklung der entsprechenden Fortbildungsformate zur Weiterbildung von Sozialprofessionellen wie zur Qualifizierung offizieller Ethikbeauftragter, die Schaffung von weitreichenden Strukturen für ethische Auseinandersetzung und die Umsetzung von Fallreflexionen in der sozialberuflichen Ausbildung und Praxis bedarf es vermutlich einer geeigneten Finanzierung wie Steuerung. Auch Vernetzung und Austausch, wie bspw. zwischen der Ethik-AG der HAW und der Projektgruppe EthikFirst oder über Berufsverbände wie dem DBSH, sind dabei höchstwahrscheinlich nicht zu unterschätzen.

4 Schlussbetrachtung

Abschließend werden die Ergebnisse dieser Arbeit noch einmal prägnant zusammengefasst, die wichtigsten Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfrage und die Zielsetzung hervorgehoben sowie bestehende Limitationen dieser Arbeit aufgezeigt. Bei der genaueren Analyse wird deutlich, dass sich die dargestellten Modelle der prinzipienorientierten Falldiskussion und der KEF hinsichtlich ihrer konzeptuellen Grundlagen und insbesondere ihrer direkt

strukturierenden Eigenschaften deutlich stärker unterscheiden, als es zunächst ersichtlich war. Als interessant erweist sich daher die ähnliche Herangehensweise der Modelle, die sich der Lösung normativer Fragestellungen prinzipiengeleitet und deduktiv nähern und dabei problemzentriert verfahren sowie auf verschiedene ethische Argumentationsweisen zurückgreifen. Zur Ausdifferenzierung der normativen Grundlage sowie zur Lösungsbewertung bietet die KEF gegensätzlich zur prinzipienorientierten Falldiskussion ein breites Angebot anwendbarer Ansätze. Zudem eröffnet die KEF insbesondere im Fallverständen eine dialogisch-hermeneutische Ebene und fördert damit eine vertiefende ethische Reflexion des Falls. In der Anwendung setzt sie jedoch ein gewisses Maß an Zeit, Kommunikation und Wissen voraus. Daraus ergibt sich für die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen die Notwendigkeit einer fundierten Wissensvermittlung und systematischen Einübung der Methodik.

Diese Arbeit hat dahingehend Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der KEF einerseits als etabliertes Bildungsformat in Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit sowie andererseits als Fortbildungsformat für Praktiker*innen aufgezeigt. Ist eine Wissensgrundlage hergestellt, wäre für eine Praxistauglichkeit der KEF insbesondere ihr inhaltliches Volumen, ihr zeitlicher Umfang sowie gegebenenfalls ihr Setting weiter anzupassen. Die Relevanz der Etablierung ethischer Fallbesprechung in der sozialberuflichen Praxis wurde im ersten Teil dieser Arbeit eingängig herausgearbeitet. Vor diesem Hintergrund arbeiten die Entwickler*innen der KEF bereits an einer angepassten Modellversion. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Vergleich der Modelle sowie die Analyse ihrer Gemeinsamkeiten und insbesondere ihrer markanten Unterschiede wichtige Impulse zur Weiterentwicklung der KEF liefert haben. Diese kann einen bedeutenden Beitrag zur Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung in der sozialberuflichen Praxis leisten. Die vorliegende Arbeit hat somit wertvolle Überlegungen und Empfehlungen für die ethische Fallreflexion in der Sozialen Arbeit durch die KEF aufgezeigt.

Diese Arbeit unterliegt jedoch auch einigen Limitationen: Die Darstellung der KEF ist aufgrund ihrer fortschreitenden Entwicklung als Momentaufnahme zu verstehen. Zudem handelt es sich bei der Darstellung beider Modelle um selektive Informationen und ausgewählte Anwendungskontexte mit Hinblick auf die Fragestellung. So könnte beispielsweise eine Untersuchung der Nutzung für Einzelpersonen zu abweichenden Vergleichsergebnissen führen. Des Weiteren erfüllt die Arbeit durch die angepasste Methodik vermutlich nicht vollständig die Gütekriterien qualitativer Forschung. Auch die realen Möglichkeiten einer breiten Praxisetablierung der KEF konnten in dieser Arbeit aufgrund der limitierten Informationslage durch die ausgewählten Vergleichskategorien nicht umfassend untersucht werden. Eine weiterführende Analyse der indirekt strukturierenden Merkmale nach Seidlein et. al. (2023, 347) könnte sich dazu anbieten.

Zudem könnten wiederholte Vergleiche der KEF mit weiteren Modellen aus dem Gesundheitswesen oder der Sozialen Arbeit neue Perspektiven eröffnen, die das Verständnis von Stärken und Schwächen unterschiedlicher Ansätze vertiefen und eine umfassendere Einschätzung ermöglichen könnten.

Abschließend ist festzuhalten, dass ethische Fallbesprechung im Sozialwesen die wesentlichen Ziele einer professionellen ethischen Entscheidungsfindung, wie Entlastung der Fachkräfte oder professionsmoralische Angemessenheit und Qualitätssicherung in der Praxis, fördern kann. Somit können auch die unmoralischen Strukturen, die ethische Konflikte beeinflussen und begünstigen, betrachtet und sichtbar gemacht werden. Diese können jedoch durch die Fallbesprechung allein nicht gelöst werden, denn für strukturelle Probleme braucht es strukturelle Lösungen. Die Soziale Arbeit ist daher dazu angehalten, ihre Rahmenbedingungen weiterhin kritisch zu untersuchen und die Entstehungsbedingungen ethischer Problemlagen im sozialen Bereich systematisch zu erforschen. Neben der Verankerung ethischer Auseinandersetzung in Ausbildung und im Berufsalltag ist weitergehend die Entwicklung widerstandsfähiger Strategien gegen unmoralische Strukturen sowie die strukturelle Umgestaltung der Arbeitsbedingungen Sozialer Arbeit notwendig (vgl. Como-Zipfel et. al. 2023, 28f.; Kohlfürst/Kulke 2023, 102).

Literaturverzeichnis

- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM] (2022): Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. Online unter: <https://aem-online.de/standards-und-empfehlungen-fuer-ethikberatung/> (Zugriff: 09.04.2025).
- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM] (2023): Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen. In: Ethik in der Medizin, 2023 (35), S. 313–324.
- Akademie für Ethik in der Medizin [AEM] (2025): Über uns. Die Akademie für Ethik in der Medizin. Online unter: <https://aem-online.de/uber-uns/> (Zugriff: 14.01.2025).
- Arz de Falco, A. (2003): Zum Verhältnis von hippokratischem Eid und moderner Medizinethik. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg.): Der hippokratische Eid und die heutige Medizin. Bern: Peter Lang AG, Europäischer Verl. der Wissenschaften, S. 27-40.
- Alice Salomon Hochschule [ASH] Berlin (2025): Modulhandbuch (SPO 2021) Bachelorstudiengang Soziale Arbeit. 2. Aufl. Online unter: <https://www.ash-berlin.eu/studium/studiengaenge/bachelor-soziale-arbeit/profil/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Badura, J. (2011): Kohärenzismus. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. 3. aktualisierte Aufl. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 194-205.
- Banks, S. (2021): Ethics and Values in Social Work. London: Red Globe Press.
- Bundesärztekammer [BÄK] (2012): Nürnberger Erklärung zur Rolle der Ärzteschaft in der NS-Zeit. Entschließung des 115. Deutschen Ärztetages 2012 in Nürnberg. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/aerzteschaft-im-nationalsozialismus/nuernberger-erklaerung> (Zugriff: 16.04.2025).
- Bundesärztekammer [BÄK] (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. Deutsches Ärzteblatt, 112 (18), S. 836-840. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen/empfehlungen-stellungnahmen> (Zugriff: 14.04.2025).
- Bundesärztekammer [BÄK] (2018): Bekanntmachung. Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. In: Deutsches Ärzteblatt, 115 (51-52), S. 2434-2441. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen/empfehlungen-stellungnahmen> (Zugriff: 14.04.2025).
- Bundesärztekammer [BÄK] (2021): Vorreiterrolle: 25 Jahre Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/aktuelles/detail/vorreiterrolle-25-jahre-zentrale-ethikkommission-bei-der-bundesaerztekammer> (Zugriff: 14.04.2025).
- Bundesärztekammer [BÄK] (2024): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt. 2024 (12), S. 1-9. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht> (Zugriff: 14.04.2025).
- Beauchamp, T. L./ Childress, J. F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L./ Childress, J. F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. 8. Aufl. New York: Oxford University Press.
- Beck, U. (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bundesgesetzblatt [BGBl] (2009): Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Bundesgesetzblatt, 2009, Teil I (48). Bonn: Bundesanzeiger. S. 2286-2287. Online unter: https://www.bgbli.de/xaver/bgbl/start.xav#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl109s2286.pdf%27%5D_1717410790578 (Zugriff 13.03.2025).
- Boschung, U. (2003): Der hippokratische Eid – Überlieferung, Wirkungsgeschichte und medizinhistorische Interpretation. In: Ausfeld-Hafter, B. (Hg.): Der hippokratische Eid und die heutige Medizin. Bern: Peter Lang AG, Europäischer Verl. der Wissenschaften, S. 9-26.
- Böhnisch, L./ Lösch, H. (1973): Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In: Otto, H.-U./ Schneider, S. (Hg.): Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit. Bd. 2. Neuwied, Berlin: Hermann Luchterhand, S. 21-40.

- Bronfenbrenner, U. (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung: natürliche und geplante Experimente. Stuttgart: Klett-Cota.
- Como-Zipfel, F./ Kohlfürst, I./ Kulke, D. (2019): Welche Bedeutung hat Ethik für die Soziale Arbeit? Berlin: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.
- Como-Zipfel, F./ Kohlfürst, I./ Weß, A. (2023): Über (un-)moralische Strukturen in der Praxis pädagogischer, pflegerischer und psychosozialer Professionen. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 14-31.
- Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit [DBSH] (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. In: Forum Sozial, 2014 (4). Online unter: <https://www.dbsh.de/profession/berufsethik.html> (Zugriff: 07.06.2024).
- Deterra, D. (2020): Matrix zur Prüfung der Handlungsideen anhand professionsmoralischer Prinzipien Sozialer Arbeit. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 18)
- Deterra, D./ Leupold, M. (2023): Kollegiale ethische Fallberatung (KEF). In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 164-176.
- Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Online unter: <https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/hilfe-durch-zwang/> (Zugriff: 28.02.2025).
- Deutscher Ethikrat (2022): Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit. Stellungnahme. Online unter: <https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/suizid/> (Zugriff: 08.04.2025).
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit [DGSA] (2016): Kerncurriculum Soziale Arbeit. Eine Positionierung der Deutschen Gesellschaft für Soziale Arbeit. Online unter: <https://www.dgsa.de/ueber-uns/kerncurriculum-soziale-arbeit> (Zugriff: 13.04.2025)
- Dieringer, V. (2019): Dilemma und Dissens. Zur Relevanz der Unterscheidung zweier Typen moralischer Konflikte für ethische Fallbesprechungen. In: Forum Supervision, 27 (54), S. 8–20.
- Düwell, M. (2011): Angewandte oder Bereichsspezifische Ethik. Einleitung. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. 3. aktualisierte Aufl. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 243-247.
- Dörr, M./ Müller, B. (2019): Einleitung: Nähe und Distanz als Strukturen der Professionalität pädagogischer Arbeitsfelder. In: Dörr, M. (Hg.): Nähe und Distanz. Ein Spannungsfeld pädagogischer Professionalität. 4. aktualisierte und erweiterte Aufl. Weinheim Basel: Beltz Juventa Verl., S. 14-39.
- Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen [DZI] (2025): Zeitschriftenliste DZI SoLit - die Fachdatenbank der Sozialen Arbeit. Online unter: <https://www.dzi.de/soziale-literatur/dzi-solit/> (Zugriff: 04.01.2025).
- Deutsches Zentralinstitut für soziale Fragen [DZI] (o. J.): Literaturrecherche in der DZI SoLit. „Gebrauchsanweisung“. Online unter: <https://www.dzi.de/soziale-literatur/dzi-solit/> (Zugriff: 04.01.2025).
- Ethik-AG (2023): Willkommensflyer. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 12)
- Fachbereichstag Soziale Arbeit [FBTS] (2016): Qualifikationsrahmen Soziale Arbeit (QR SozArb). Version 6.0. Online unter: <https://www.fbts-ev.de/qualifikationsrahmen-soziale-arbeit> (Zugriff: 14.04.2025).
- Frankena, W. K. (2017): Ethik. Eine analytische Einführung. Übersetzung von Hoerster, N. (Hg.). 6. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Galuske, M. (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Aufl. Weinheim, Basel: Belz Juventa.
- GBI-Genios (o. J.): WISO. Online unter: <https://www.gbi-genios.de/de/unsere-produkte/wiso>. (Zugriff: 04.01.2025).
- GBI-Genios (2024): Infoblatt WISO Sozialwissenschaften. Online unter: <https://www.gbi-genios.de/de/dokument/infoblatt-wiso-sozialwissenschaften-2024pdf>. (Zugriff: 04.01.2025).
- Gruber, H.-G. (2009): Ethisch denken und handeln: Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Gruber, H.-G. (2016): Ethisch denken und handeln: Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Habermas, J. (1983): Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

- Hochschule für Angewandte Wissenschaften [HAW] Hamburg (2022): Modulhandbuch für den Studiengang Bachelor Soziale Arbeit. Online unter: <https://www.haw-hamburg.de/studium/studienorganisation/ordnungen/modulhandbuecher/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Heiland, J. V. (2018): Ethische Fallbesprechungen in der Klinik: Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle. Dissertation, Ludwig-Maximilian-Universität München.
- Horn, C. (2011): Güterabwägung. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 391-396.
- Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin [IDEM] (2023): Flyer. Informations- und Dokumentationsstelle Ethik in der Medizin. Online unter: <https://idem.uni-goettingen.de/> (Zugriff: 08.04.2025).
- International Federation of Social Workers [IFSW] (2014): Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014. Übersetzung durch AvenirSocial Berufsverband Soziale Arbeit Schweiz. Online unter: <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> (Zugriff: 14.04.2025).
- K., H. (2011): Fallvignette. Rechtsradikalität. Harald K. Online unter: <https://www.ethikdiskurs.de/fallkommen-tare/fallkommentare-komplettdateien/rechtsradikalitaet-fall-harald-k/> (Zugriff: 05.02.2025).
- Kaminsky, C. (2018): Soziale Arbeit – normative Theorie und Professionsethik. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Kant, I. (1956): Kritik der praktischen Vernunft. Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kersting, K. (2013): „Coolout“ in der Pflege. Eine Studie zur moralischen Desensibilisierung. 3. Aufl. Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Klinisches Ethikkomitee [KEK] (2023): Klinisches Ethikkomitee am Klinikum der Universität München. Infoblatt. Online unter: <https://www.lmu-klinikum.de/das-klinikum/zentrale-bereiche/klinisches-ethikkomitee/eb-feca1643942257#:~:text=Das%20Klinische%20Ethikkomitee%20bietet%20im,Reflexion%20von%20Be-handlungentscheidungen%20zu%20f%C3%B6rdernden> (Zugriff: 13.03.2025).
- Kohlfürst, I. (2016): Die moralische Landschaft der Sozialen Arbeit - eine empirische Analyse der Umsetzung von Werten und Normen im beruflichen Alltag. Schriften zur Sozialen Arbeit, Band 34. Linz: pro mente edition.
- Kohlfürst, I. (2023): Das Viel-Faktoren-Modell zur Reflexion (un-)moralischer (Handlungs-)Situationen in der Praxis sozialer Berufe – ein Bildungsformat an der Fachhochschule Oberösterreich. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 177-191.
- Kohlfürst, I./ Kulke, D. (2023): „Ja. Im Alltag wird's jedoch oft schwierig.“ – Die Umsetzung der Berufsethik in der Praxis sozialer Berufe. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 85-104.
- Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (2023): Einleitung. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 7-12.
- Kuhn, E./ Lunden, L./ Moysich, P./ Rogge, K./ Roscher, M./ Caning, L./ Rogge, A. (2021): Ethik First – extracurriculäre Unterstützung für Studierende und junge Ärzt*innen bei moralischen Dilemmata im Klinikalltag. GMS Journal for Medical Education. Vol. 38 (4), S. 1-15. Online unter: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2021-38/zma001470.shtml> (Zugriff: 21.03.2025).
- Kulke, D./ Weß, A. (2023): „Zuerst mal den Begriff definieren, dann können wir weiterreden“ – Ethische Fragestellungen in der Praxis sozialer Berufe. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 64-84.
- Kühlmeyer, K. (2022): Moralischer Stress in der Patientenversorgung. In: Marckmann, G. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 139-147.
- Leupold, M. (2019): Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 16).
- Leupold, M. (2023): Typologie ethischer Problemlagen für die Fallberatung. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 32-49.

- Leupold, M. (2024): Leitfaden. Typologie ethischer Problemlagen. Phase A) Was ist das Problem? Version 2.2. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 17).
- Leupold, M./ Deterra, D. (2023): Kollegiale ethische Fallberatung (KEF). In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 164-176.
- Leupold, M./Deterra, D./Vollmert, S. (2022): Leitfaden zur KEF. Bildungs- und Praxisformat. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 13).
- Leupold, M./ Harbst, A. (2024): Leitfaden zur KEF. Praxisformat „Prüfung einer moralisch strittigen Handlung“ Version 1.4. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 15).
- Leupold, M./ Wallroth, M. (2023): Modelle ethischer Fallreflexion. Ein programmatischer Aufriss. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 126-138.
- Lippmann, E. D. (2013): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- LIVIVO (o. J.): Über LIVIVO. Online unter: <https://www.livivo.de/app/misc/help/about> (Zugriff: 10.02.2025).
- Lob-Hüdepohl, A. (2017a): Erkunden - Rechtfertigen - Gestalten - Organisieren. Das Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO. In: EthikJournal, Zeitschrift für Ethik und Soziale Praxis, 4 (1), S. 1-22. Online unter: <https://www.ethikjournal.de/archiv/ausgabe-12017/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Lob-Hüdepohl, A. (2017b): Strukturen ethischer Beratung in sozialprofessionellen Tätigkeitsfeldern. Editorial. In: EthikJournal, Zeitschrift für Ethik und Soziale Praxis, 4. (1), S. 1-4. Online unter: <https://www.ethikjournal.de/archiv/ausgabe-12017/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Lob-Hüdepohl, A./Riedel, A. (2023): Moralische Belastungssituationen – Herausforderung für sozialprofessionelle Ethik. Editorial. In: EthikJournal, Zeitschrift für Ethik und Soziale Praxis, 9 (1), S. 1-4. Online unter: <https://www.ethikjournal.de/ausgabe-12023/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G. (2013): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Ärzteblatt Baden-Württemberg, 2000;56 (12), S. 499-502. Online unter: <https://www egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/index.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G. (2022a): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, G. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3-13.
- Marckmann, G. (2022b): Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann, G. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 21-29.
- Marckmann, G./ Behringer, B./ In der Schmitten, J. (2018a): Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis. In: Deutscher Ärzteverlag, ZFA, 94 (3), S. 116-120. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.3238/zfa.2018.0116-0120> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Behringer, B./ In der Schmitten, J. (2018b): Beendigung der Sondernährung in einer Pflegeeinrichtung. Eine ethische Falldiskussion. In: Deutscher Ärzteverlag, ZFA, 94 (3), S. 121-124. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.3238/zfa.2018.0121-0124> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Bormuth, M. (2020): Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung. In: Wiesing, U (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart: Philipp Reclam jun. S. 95–105.
- Marckmann, G./ Jox, R. J. (2013): Ethik in der Medizin. Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen - Auftaktartikel zur Serie. In: Bayerisches Ärzteblatt 2013 (9), S. 442-445. Online unter: <https://www egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/index.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Der Onkologe, 15 (10), S. 1-6. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/226851293_Ethische_Fallbesprechungen_in_der_Onkologie (Zugriff: 13.08.2024).
- Marckmann, G./ Sandberger, G./ Wiesing, U. (2010): Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 135 (12), S. 570- 574.

- Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 1 (2), S. 1-10. Online unter: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089> (Zugriff: 08.03.2025).
- Mayring, P. (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 12. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, P./Fenzl, T. (2014): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N./ Blasius, J. (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Wiesbaden: Springer. S. 543-556.
- McCullough, L. B./ Ashton, C. M. (1994): A methodology for teaching ethics in the clinical setting: a clinical handbook for medical ethics. In: Theoretical Medicine, 1994 (15), S. 39–52. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00999218> (Zugriff: 14.04.2025).
- Merten (2001): Hat Soziale Arbeit ein politisches Mandat? Positionen zu einem strittigen Thema. Opladen: Leske, Budrich.
- Monteverde, S. (2019): Komplexität, Komplizität und moralischer Stress in der Pflege. In: Ethik in der Medizin, 31 (4), S. 345–360. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-019-00548-z> (Zugriff: 14.04.2025).
- Müller, B. (2012): Professionalität. In: Thole, W. (Hg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer, S. 955-974.
- Müller, B. (2018): Eingriff. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H./ Treptow, R./ Ziegler, H. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt, S. 293-299.
- Münchmeier, R. (2018): Geschichte der Sozialen Arbeit. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H./ Treptow, R./ Ziegler, H. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt, S. 527-539.
- Nickel-Schampier, T. (2020): Halt(ung) finden – Warum eine Professionsethik Sozialer Arbeit unverzichtbar ist? In: Neue Praxis, 50 (1), S. 75-84. Online unter: <https://www.neue-praxis-shop.de/np-1/20-Komplettausgabe> (Zugriff: 14.04.2025).
- Nickel-Schampier, T. (2021): The principles between us – Kollegiale ethische Fallreflexion für die Kinder- und Jugendhilfe. In: Das Jugendamt, Zeitschrift für Jugendhilfe und Familienrecht, 94 (9), S. 434-438.
- Noller, A. (2019): Ethische Fallarbeit in der Sozialpsychiatrie. Wissenschaftliche Begleitung und Evaluation eines Praxisprojekts. Online unter: https://www.eh-ludwigsburg.de/forschung/forschungsprojekte/abgeschlossene-projekte/details?tx_ehludwigsburg_projectshow%5Baction%5D=show&tx_ehludwigsburg_projects-how%5Bcontroller%5D=Project&tx_ehludwigsburg_projectshow%5Bproject%5D=50&cHash=d21b387d2cf2a8e2f29e7dab6e0c7914 (Zugriff: 16.04.2025).
- Nolzen, A./ Sünker, H. (2018): Nationalsozialismus. In: Otto, H.-U./ Thiersch, H./ Treptow, R./ Ziegler, H. (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 6. Aufl. München: Ernst Reinhardt, S. 1067-1080.
- Ott, K. (2011): Prinzip / Maxime / Norm / Regel. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. 3. aktualisierte Aufl. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 474-480.
- Patzig, G./Schöne-Seifert, B. (1995): Theoretische Grundlagen und Systematik der Ethik in der Medizin. In: Kahlke, W./ Reiter-Theil, S. (Hg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verl., S. 1-9.
- Preusche, B. (2019): Die Relevanz von Ethik für die Soziale Arbeit. In: Kooperationskreis Ethik (Hg.): Ethik in Einrichtungen der Sozialen Arbeit. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 7-18.
- Priebe (2019): Ethische Fallbesprechung als Werkzeug zur Dilemmabearbeitung. In: Kooperationskreis Ethik (Hg.): Ethik in Einrichtungen der Sozialen Arbeit. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 21-28.
- Rawls, J. (1975): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Rawls, J. (1998): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reisinger, M. (2017): Ethische Entscheidungsfindung. Ein Fallbeispiel aus der Praxis. In: Onkologiepflege Schweiz, 2017 (4), S. 26-27. Online unter: <https://www.onkopflege.de/show/die-zeitschrift/alle-ausgaben/ausgabe/4-2017.html> (Zugriff: 4.12.2024).
- Reiter-Theil, S./ Christ, G. (1997): Vermittlung medizinischer Ethik, Theorie und Praxis in Europa. Baden-Baden: Nomos.
- Rosenthal, G. (2014): Interpretative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

- Schäper, S. (2023): Moralisches Unbehagen – moralischer Stress – moralische Verletzung. Aktuelle Zumutungen für Mitarbeitende in der Eingliederungshilfe. In: EthikJournal, 9 (1), S. 1-19, Online unter: <https://www.ethikjournal.de/ausgabe-12023/> (Zugriff: 20.12.2024).
- Schleger, H. A./ Mertz, M./ Meyer-Zehnder, B./ Reiter-Theil, S. (2019): Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schmid, P. A. (2011): EPOS – Ethische Prozesse in Organisationen im Sozialbereich. Ein Leitfaden für die Praxis. Bern: Rubmedia.
- Schneider, S. (2023): Morale Belastungssituationen in der Sozialen Arbeit. Konkretisierung im Kontext von Armut und Wohnungsnot. In: EthikJournal, 9 (1), S. 1-20. Online unter: <https://www.ethikjournal.de/ausgabe-12023/> (Zugriff: 20.12.2024).
- Schochow, M./ May, A. T./ Schnell, D./ Steger, F. (2014): Wird Klinische Ethikberatung in Krankenhäusern in Deutschland implementiert? In: Deutsche Medizinische Wochenschrift, 139 (43), S. 2178–2183. Online unter: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1370307> (Zugriff: 14.04.2025).
- Schöne-Seifert, B. (1995): Transplantationsmedizin. In: Kahlke, W./ Reiter-Theil, S. (Hg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verl., S. 97-110.
- Schreiner, P.-W./ Gahl, K. (1995): Begegnung mit Sterben und Tod. In: Kahlke, W./ Reiter-Theil, S. (Hg.): Ethik in der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke Verl., S. 78-96.
- Schrems, B. (2017): Moraler Stress im Gesundheitswesen. Theoretische Grundlagen und empirische Erkenntnisse im Überblick. In: Eisele, C. (Hg.): Moraler Stress in der Pflege. Auseinandersetzung mit ethischen Dilemmasituationen. Wien: Facultas, 11-27.
- Seidlein, A.-H./ Rave, F./ Rogge, A./ Woellert, K./ Hack, C. (2023): Ethik-Fortbildungen als Element der Klinischen Ethikarbeit: Ein Überblick über Formate und weitere strukturierende Elemente. In: Ethik in der Medizin, 2023 (35), S. 341-356. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00481-023-00755-9> (Zugriff: 14.04.2025).
- Staub-Bernasconi, S. (2019): Menschenwürde – Menschenrechte – Soziale Arbeit. Die Menschenwürde vom Kopf auf die Füße stellen. Opladen, Berlin, Toronto: Barbara Budrich.
- Steinkamp, N./ Gordijn, B. (2010): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. 3. Aufl. Köln: Luchterhand.
- Steinkamp, N. (2017): Über die Bedeutung der Zwischentöne. Ethische Fallbesprechung in der Sozialen Arbeit. In: EthikJournal, 4 (1), S. 1-19. Online unter: <https://www.ethikjournal.de/archiv/ausgabe-12017/> (Zugriff: 14.04.2025).
- Steinkamp, N. (2020): Methoden ethischer Fallbesprechung im Pflegealltag. In: Monteverde, S. (Hg.): Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege. 2. erweiterte und überarbeitete Aufl. Stuttgart: W. Kohlhammer, S. 303-314.
- Tagesschau (2024): Fachkräftemangel belastet laut Studien wichtige Branchen. Folgen von Fachkräftemangel. Personalnot hier führt zu Personalnot dort. Online unter: <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/arbeitsmarkt/fachkraeftemangel-arbeitsmarkt-branchen-100.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Technische Hochschule [TH] Köln (2023): Modulhandbuch Soziale Arbeit. Bachelor of Arts. Online unter: https://www.th-koeln.de/studium/studieninhalte---soziale-arbeit-bachelor_7759.php (Zugriff: 14.04.2025).
- Tietze, K.-O. (2020): Kollegiale Beratung. Problemlösung gemeinsam entwickeln. Reinbek: Rowohlt.
- Vetter, P./ Marckmann, G. (2009): Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? In: Ärzteblatt Baden-Württemberg 64 (9), S. 370–374. Online unter: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/index.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Wallroth, M. (2023): Bildungsauftrag ethische Fallberatung – ein Bildungsformat an der Fachhochschule Münster. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 139-151.
- Weber, D. (2023a): Ethische Urteilsbildung – ein Bildungsformat an der Hochschule Hannover. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 152-163.

Weber, D. (2023b): Prinzipiengeleitete versus hermeneutisch-dialogische Verfahren der ethischen Fallbesprechung. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 50-62.

Woellert, K. (2021): Praxisfeld Klinische Ethik. Theorie, Konzepte, Umsetzung am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Zentrale Ethikkommission [ZEKO] (2016): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt, 113 (15), S. 1-6. Online unter: <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/entscheidungsfaehigkeit-und-entscheidungsassistenz-in-der-medizin> (Zugriff: 14.04.2025).

Zentrale Ethikkommission [ZEKO] (2020): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. „Außerklinische Ethikberatung“. In: Deutsches Ärzteblatt, 117 (12), S. 1-8. Online unter: <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/ausserklinische-ethikberatung-2019> (Zugriff: 14.04.2025).

Anhang

Inhalt:

| | |
|--|-----|
| Anhang 1: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Gesundheitswesen ETHMED (Kap. 2.2.3) | 72 |
| Anhang 2: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Gesundheitswesen LIVIVO (Kap. 2.2.3) | 73 |
| Anhang 3 Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Sozialwesen DZI SoLit (Kap. 2.3.4) | 74 |
| Anhang 4: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Sozialwesen WISO (Kap. 2.3.4) | 75 |
| Anhang 5: Ablaufmodell (Kap. 3) | 76 |
| Anhang 6: „Übersicht über die acht Dimensionen direkt strukturierender Merkmale und Beispiele für deren Ausprägung“ nach Seidlein et. al. 2023, 349 (Kapitel 3.2)..... | 77 |
| Anhang 7: Kategoriensystem im tabellarischen Überblick (Kap. 3.2)..... | 78 |
| Anhang 8. Literaturliste verwendetes Material zur Darstellung der prinzipienorientierten Falldiskussion (Kap. 3.3)..... | 79 |
| Anhang 9: Literaturliste verwendetes Material zur Darstellung der KEF (Kap. 3.3)..... | 80 |
| Anhang 10: „Prinzipienorientierte Falldiskussion“ nach Marckmann/Mayer (2009, 2), (Kap. 3.3.1)..... | 81 |
| Anhang 11: Übersicht der Leitfragen für die Bearbeitungsschritte der prinzipienorientierten Falldiskussion nach Marckmann (2022b, 25-28) (Kap. 3.3.1) | 81 |
| Anhang 12: Ethik-AG Willkommensflyer (Kap. 3.3.2) | 82 |
| Anhang 13: Leitfaden zur KEF. Bildungs- und Praxisformat. Nach Leupold et. al. 2022. (Kapitel 3.3.2) - inklusive Sonderleitfäden, Präambel | 83 |
| Anhang 14: Übersicht Leitfäden nach Deterra und Leupold (2023, 174) (Kap. 3.3.2)..... | 90 |
| Anhang 15: Leitfaden zur KEF. Praxisformat „Prüfung einer moralisch strittigen Option“ Version 1.4. Nach Leupold/Harbst 2024 (Kap. 3.3.2) | 91 |
| Anhang 16: Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung. Nach Leupold 2019 (Kap. 3.3.2) . | 98 |
| Anhang 17: Leitfaden. Typologie ethischer Problemlagen nach Leupold 2024 (Kap. 3.3.2) | 100 |
| Anhang 18: Matrix zur Prüfung der Handlungsideen anhand professionsmoralischer Prinzipien Sozialer Arbeit nach Deterra 2020 (Kap. 3.3.2) | 104 |

Anhang 1: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Gesundheitswesen ETHMED (Kap. 2.2.3)

| Nr. | Jahr | Suchbegriffe (in Titel) | Tref- fer Insg. | Quelle: Aufsatz/ Zeitschrif- tenbeitrag | Relevanz Beurtei- lung. |
|--------|-------------------|--|-----------------------|--|---|
| 1 | 2015 - 2025 | ethische* AND (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 105 | 64 | -Diskursrelevant: 64 Aufsatztitel beinhalten ethische- Fallberatung-/ Synonyme |
| 2 © | 2015 - 2025 | (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 108 | 65 | -Größtenteils relevant, 1 Aufsatz nicht „ethisch“ |
| 3 © | 2015 - 2025 | ethisch* AND Fall* AND (Beratung* OR Besprechung* OR Reflexion* OR Deliberation* OR Bearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 97 | 51 | -Diskursrelevant. 51 Aufsatztitel beinhalten Variation der Suchbegriffe |
| 4 | 2015 - 2025 | ("ethische* Fallberatung** OR "ethische* Fallbesprechung** OR "ethische* Fallreflexion** OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation** OR "ethische* Beratung** OR "ethische* Fallbearbeitung** OR "ethische* Entscheidungsfindung** OR "ethische* Beratschlagung**") | 41 | 23 | -Diskursrelevant. 23 Aufsatztitel beinhalten die exakte Reihenfolge der Begriffe ethischer- Fallberatung- |
| 5 | 2015 - 2025 | ethische* Fallbesprechung* | 20 | 13 | -Diskursrelevant. 13 Aufsatztitel beinhalten ethische- Fallbesprechung- |
| 6 | 2015 - 2025 | Ethikberatung* | 61 | 40 | -Größtenteils diskursrelevant: 40 Aufsätze thematisieren Ethikberatung- |
| 7 | 2020 - 2025 | ethische* AND (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 55 | 25 | -Diskursrelevant: 25 Aufsatztitel beinhalten ethische- Fallberatung-/ Synonyme |
| 8 © | 2020 - 2025 | (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 57 | 25 | -Diskursrelevant: 25 Aufsatztitel zu ethischen Fallbesprechungen/ Synonymen |
| 9 © | 2020 - 2025 | ethisch* AND Fall* AND (Beratung* OR Besprechung* OR Reflexion* OR Deliberation* OR Bearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratschlagung*) | 57 | 21 | -Diskursrelevant. 21 Aufsatztitel beinhalten Variation der Suchbegriffe |
| 10 | 2020 - 2025 | ("ethische* Fallberatung** OR "ethische* Fallbesprechung** OR "ethische* Fallreflexion** OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation** OR "ethische* Beratung** OR "ethische* Fallbearbeitung** OR "ethische* Entscheidungsfindung** OR "ethische* Beratschlagung**") | 22 | 11 | -Diskursrelevant. 11 Aufsatztitel beinhalten die exakte Reihenfolge der Begriffe ethischer- Fallberatung- |
| 11 | 2020 - 2025 | ethische* Fallbesprechung* | 9 | 6 | -Diskursrelevant. 6 Aufsatztitel beinhalten ethische- Fallbesprechung- |
| 12 | 2020 - 2025 | Ethikberatung* | 29 | 15 | -Größtenteils diskursrelevant: 15 Aufsätze thematisieren Ethikberatung- |

© = Kontrollschanfrage

Online unter: <https://idem.uni-goettingen.de/>

Informationen zu ETHMED im Text (Kapitel 2.2.3).

Anhang 2: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Gesundheitswesen LIVIVO (Kap. 2.2.3)

Sucheinstellungen für alle Suchanfragen:

Sprache: Deutsch; Jahr: 2015-2025; Fachgebiet: Medizin, Gesundheit (NICHT Agrar, Umwelt)

| Nr. | Suchbegriffe (in Titel) | Treffer Freie Suche insg. | Freie Suche In: Arti- kel | Suche in: Titel Artikel | Beurteilung. |
|--------|---|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|--|
| 1 | ethische* AND (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratsschlagung*) | 192 | 135 | 81 | -Diskursrelevant: 81 Artikel mit ethische* und Fallberatung-/ Synonym im Titel, 135 Artikel beinhalten Begriffe in Titel/ Abstract/ Beschreibung/ Schlagwort (Quelle/ Institution) |
| 2 © | (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratsschlagung*) | 6559 | 4794 | 4794 | -Größtenteils irrelevant für den Diskurs um ethische Fallbesprechungen |
| 3 © | ethisch* AND Fall* AND (Beratung* OR Besprechung* OR Reflexion* OR Deliberation* OR Bearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratsschlagung*) | 41 | 27 | 9 | -Suchanfrage für Plattform ungeeignet, Suche nicht aussagekräftig. Recherche Plattform trennt Wörter: Bsp. „Ethische Beratung, ein Fallbeispiel“ |
| 4 | "ethische Fallberatung" OR "ethische Fallbesprechung" OR "ethische Fallreflexion" OR "Ethikfallberatung" OR "ethische Deliberation" OR "ethische Beratung" OR "ethische Fallbearbeitung" OR "ethische Entscheidungsfindung" OR "ethische Beratsschlagung" | 45 | 38 | 25 | -„Ähnlichkeitssuche“ deaktiviert, Wortendungsoptionen „*“ deaktiviert (Kasus, Numerus etc.) -Diskursrelevant: 25 Artikel mit exakten Suchwörtern im Titel |
| 5 | ethische* Fallbesprechung* | 45 | 39 | 32 | -Diskursrelevant: 32 Artikel beinhalten ethische* Fallbesprechung* im Titel |
| 6 | Ethikberatung* | 136 | 109 | 98 | -Größtenteils diskursrelevant: 98 Artikel beinhalten Ethikberatung im Titel |
| 6.1 | „Ethikberatung“ | 133 | 106 | 94 | -„Ähnlichkeitssuche“ deaktiviert, Wortendungsoptionen „*“ deaktiviert (Kasus, Numerus etc.) -Diskursrelevant: 94 Artikel beinhalten „Ethikberatung“ im Titel |
| 7 | Ethisch* entscheid* | 295 | 213 | 86 | -Diskursrelevant: Beinhaltet bspw.: Ethisch begründet entscheiden, ethische Entscheidungsfindung, ethische Entscheidungssituationen, Grundlagen ethischer Entscheidungen, ethische ad-hoc-Entscheidungsfindung, Modelle ethischer Entscheidungshilfe |

© = Kontrollsuchanfrage

Online unter: <https://www.livivo.de/app>

Info: LIVIVO ist ein interdisziplinäres Suchportal für „Literatur und Informationen zu den Lebenswissenschaften“ („Medizin, Gesundheitswesen, Ernährungs-, Umwelt- und Agrarwissenschaften“), „bereitgestellt von ZB MED - Informationszentrum Lebenswissenschaften“ (LIVIVO o. J., o. S.)

Anhang 3 Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Sozialwesen DZI SoLit (Kap. 2.3.4)

Sucheinstellungen für alle Suchanfragen:

Publikationsart: Aufsatz; Sprache: Deutsch; Erscheinungsjahr: 2015-2025

| Nr. | Suchbegriffe (in Titel und Abstract) | Treffer | Beschreibung, Bewertung • Relevanz Beurteilung. |
|--------|---|---------|---|
| 1 | ethische* AND (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung* OR Entscheidungsfindung* OR Beratungsschlagung*) | 67 | -67 Beiträge beinhalten im Titel oder Abstract den Terminus „ethische*“ und (mindestens) einen der Fallberatungssynonyme. Diese können unzusammenhängend auftreten. -Größtenteils irrelevant für den Diskurs um ethische Fallbesprechungen in Sozialer Arbeit: Suchbegriffe unabhängig voneinander, zudem viel Literatur von und für das Gesundheitswesen. |
| 2 © | ("ethische* Fallberatung*" OR "ethische* Fallbesprechung*" OR "ethische* Fallreflexion*" OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation*" OR "ethische* Beratung*" OR "ethische* Fallbearbeitung*" OR "ethische* Entscheidungsfindung*" OR "ethische* Beratungsschlagung*") | 9 | -9 Beiträge enthalten den zusammenhängenden Terminus der „ethischen Fallberatung“ oder ihrer Synonyme. -Größtenteils irrelevant für Diskurs in der Sozialen Arbeit: 8 Beiträge der Literatur von und für Gesundheitswesen zuzuordnen. -1 Diskursrelevanter Aufsatz: Nickel-Schampier, T. (2021) (siehe Suche Nr. 4) |
| 3 © | "ethische* Fallbesprechung**" | - | -Kein Beitrag enthält "ethische* Fallbesprechung**" in Titel oder Abstract. |
| 4 | (Sozialarbeit* OR "soziale* Arbeit" OR Sozialpädagogik OR Sozialwesen OR "sozial* Bereich**") AND ("ethische* Fallberatung*" OR "ethische* Fallbesprechung*" OR "ethische* Fallreflexion*" OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation*" OR "ethische* Beratung*" OR "ethische* Fallbearbeitung*" OR "ethische* Entscheidungsfindung*" OR "ethische* Beratungsschlagung*") | 1 | -Diskursrelevant: Artikel zur Relevanz des kollegialen fallbezogenen Austauschs in Sozialwesen (v. a. KJH), Vorstellung der Struktur der „kollegialen ethischen Fallreflexion“ -Aufsatz: Nickel-Schampier, T. (2021): The principles between us - Kollegiale ethische Fallreflexion für die Kinder- und Jugendhilfe. In: Das Jugendamt, Jg. 94, 2021, Nr. 9, S. 434-438. |
| 5 | (Sozialarbeit* OR "soziale* Arbeit" OR Sozialpädagogik OR Sozialwesen OR "sozial* Bereich**") AND Ethikberatung* | 1 | -Semi-diskursrelevant: Artikel für Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. Thematisiert Rolle der Sozialen Arbeit in ethischer Auseinandersetzung im Gesundheitswesen. -Aufsatz: Petereit, J. (2021): Ethikberatung im Gesundheitswesen - ein Handlungsfeld für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit! In: Forum sozialarbeit + gesundheit 2021, nr. 4. S. 16-20. |

© = Kontrollschanfrage

Online unter: <https://dzi-solit.genios.de/dosearch>

Info: Die bibliografische Referenzdatenbank SoLit der DZI dokumentiert Fachliteratur der Sozialen Arbeit (DZI 2025, 1). Beiträge aus 160 Fachzeitschriften und Journals der Sozialen Arbeit sowie ihrer verwandten Disziplinen, wie Recht, Psychologie, Politik oder Gesundheitswissenschaften, werden indexiert (vgl. DZI 2025, 1). Hinzu kommen ausgewählte Sammelbände und Monografien (vgl. DZI o.J., 2). Derzeit ist es möglich, in einem Datenbestand von über 250.000 Referenzen zu recherchieren (vgl. ebd.).

Siehe Zeitschriftenliste online unter: <https://www.dzi.de/soziale-literatur/dzi-solit/>

Anhang 4: Suchprotokoll Recherche akademischer Diskurs ethischer Fallbesprechung im Sozialwesen WISO (Kap. 2.3.4)

Sucheinstellungen für alle Suchanfragen:

Quelle: Fachzeitschriften; Land: alle; Erscheinungsdatum: 01.01.2015-01.01.2025

| Nr. | Suchbegriffe (in Titel und Abstract) | Treffer | Kategorien (Einordnung der Treffer durch WISO) | Beurteilung |
|--------|---|---------|---|---|
| 1 | ethische* AND (Fallberatung* OR Fallbesprechung* OR Fallreflexion* OR Deliberation* OR Beratung* OR Fallbearbeitung OR Entscheidungsfindung) | 3784 | Kategorien Beispiele: Gesundheit (1017) Pflege (874) Bank- Finanzwesen (473) | -Diskursirrelevant, hauptsächlich der Literatur des Gesundheitswesens zuordnen. |
| 2 © | ("ethische* Fallberatung**" OR "ethische* Fallbesprechung**" OR "ethische* Fallreflexion**" OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation**" OR "ethische* Beratung**" OR "ethische* Fallbearbeitung" OR "ethische* Entscheidungsfindung") | 85 | Kategorien: Gesundheit (73) Pflege (71) Führung, Organisation (2) Bildung (2) Personal (2) Bank-, Finanzwesen (3) IT-Informati-onstechnologie (2) Marketing, Werbung (1) Recht (3) BWL allgemein (1) Strategie, Planung, Controlling (2) Wirtschaftspsycho-logie (1) Soziologie (2) | -Diskursirrelevant, Beiträge der Literatur des Gesundheitswesens zuzuordnen (siehe Themengebiete in Kategorien-Spalte) |
| 3 © | "ethische* Fallbesprechung**" | 43 | Kategorien: Gesundheit (42) Recht (1) Führung Organisation (1) | -Diskursirrelevant, Beiträge der Literatur des Gesundheitswesens zuzuordnen (siehe Themengebiete in Kategorien-Spalte) |
| 4 | (Sozialarbeit* OR "soziale* Arbeit" OR Sozialpädagogik OR Sozialwesen OR "sozial* Bereich**") AND ("ethische* Fallberatung**" OR "ethische* Fallbesprechung**" OR "ethische* Fallreflexion**" OR Ethikfallberatung* OR "ethische* Deliberation**" OR "ethische* Beratung**" OR "ethische* Fallbearbeitung" OR "ethische* Entscheidungsfindung") | 6 | Kategorien: Gesundheit (6) Pflege (5) Recht (1) | -Diskursirrelevant, Beiträge der Literatur des Gesundheitswesens zuzuordnen (siehe Themengebiete in Kategorien-Spalte) |
| 5 | (Sozialarbeit* OR "soziale* Arbeit" OR Sozialpädagogik OR Sozialwesen OR "sozial* Bereich**") AND Ethikberatung* | 4 | Kategorien: Gesundheit (4) Recht (1) Pflege (3) | -Diskursirrelevant, Beiträge der Literatur des Gesundheitswesens zuzuordnen (siehe Themengebiete in Kategorien-Spalte) -Bsp.: in 3 Beiträgen Sozialarbeitende als Teil des Teams genannt. In einem Beitrag Sozialarbeit als hinzuzuziehende Berufsgruppe genannt. |

© = Kontrollschanfrage

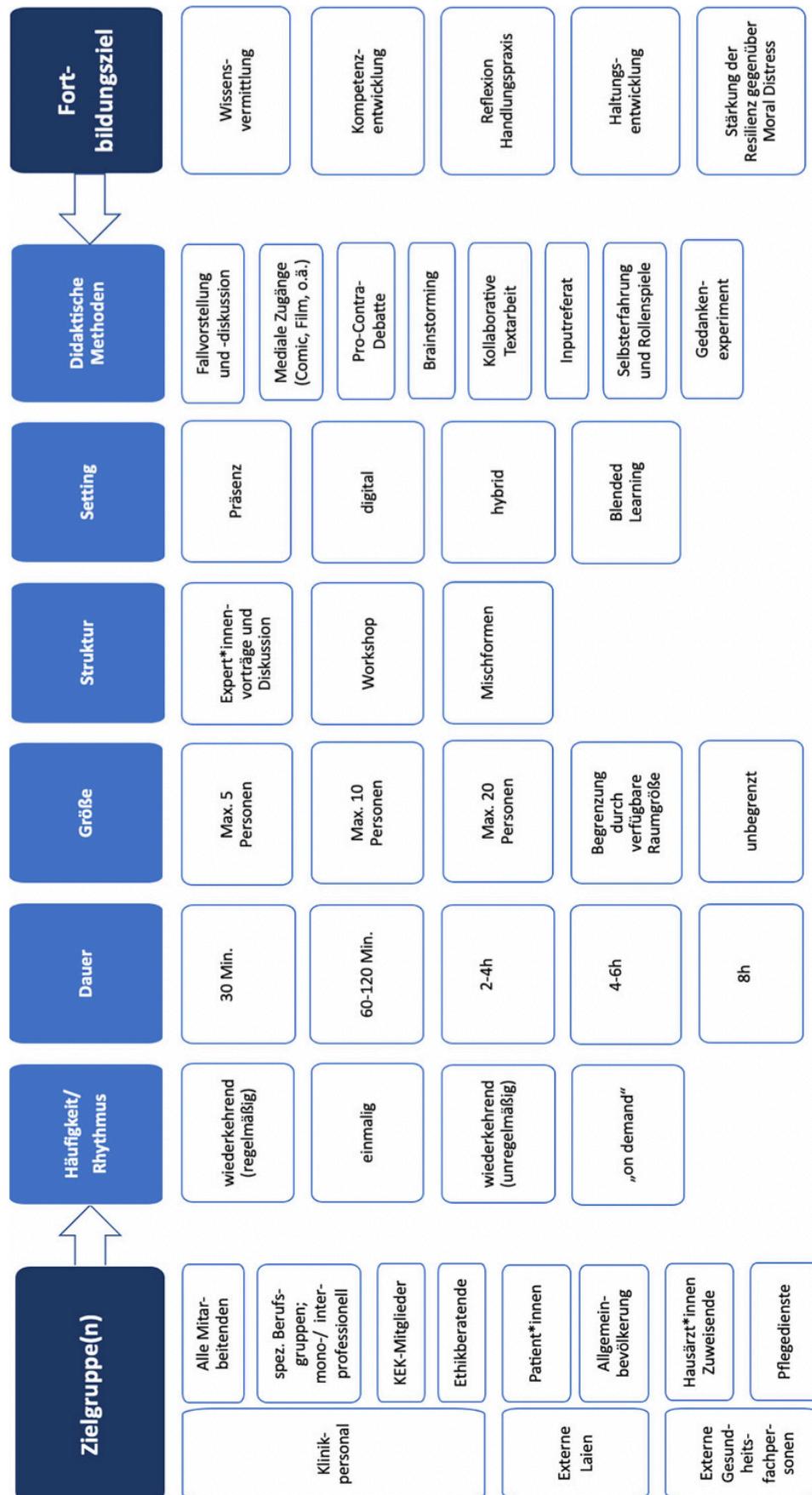
Online unter: <https://www.wiso-net.de/dosearch>

Info: Die Rechercheplattform WISO von GBI-Genios verzeichnet die „größte deutschsprachige Zusammenstellung von Literaturnachweisen und Volltexten zu den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften“ (GBI-Genios o. J., o.S.) sowie ihren benachbarten Disziplinen, wie der Psychologie (vgl. ebd.). In der Datenbank lassen sich zum einen Referenzen und eBooks und zum anderen Beiträge aus über 100 sozialwissenschaftlich orientierten Fachzeitschriften finden (vgl. GBI-Genios 2024, 1).

Anhang 5: Ablaufmodell (Kap. 3)

| Kapitel- | Name | Arbeitsschritte |
|-----------------|---------------------------------------|--|
| 3.1 | Auswahl der zu vergleichenden Modelle | Vorbereitend: Begründete Auswahl der zu vergleichenden Modelle ethischer Fallberatung aus dem Gesundheits- und Sozialwesen |
| 3.2 | Auswahl der Vergleichskategorien | Vorstellung der ausgewählten Kategorien; Erstellung des Kategoriensystems. A-Kategorien: Theorie (induktiv); B-Kategorien: Struktur (deduktiv) |
| 3.3 | Darstellung der Modelle | Literatursichtung: Vorstellung des verwendeten Materials; Deduktive Anwendung der Vergleichskategorien (B), induktive Bildung weiterer Kategorien (A) |
| 3.3.1 | prinzipienorientierte Falldiskussion | Inhaltlich strukturierte Darstellung des Modells anhand der Vergleichskategorien (A; B) |
| 3.3.2 | KEF | Inhaltlich strukturierte Darstellung des Modells anhand der Vergleichskategorien (A; B) |
| 3.4 | Vergleichender Überblick und Analyse | Überblick Tabelle: direkter Vergleich; Analyse und Einordnung der Gemeinsamkeiten und Unterschiede, ggf. unter Heranziehen weiterer Literatur |
| 3.5 | Diskussion | Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Professionalisierung ethischer Entscheidungsfindung im Sozialwesen; ggf. unter Heranziehen weiterer Literatur |

Anhang 6: „Übersicht über die acht Dimensionen direkt strukturierender Merkmale und Beispiele für deren Ausprägung“ nach Seidlein et. al. 2023, 349 (Kapitel 3.2)



Anhang 7: Kategoriensystem im tabellarischen Überblick (Kap. 3.2)

| A | Kategorien theoretischer Grundlagen | Beispielparaphrase |
|----------|--|---|
| | A.1 Normative Grundlage | „Der Basisleitfaden der KEF schlägt an dieser Stelle die Verwendung der medizinethischen Prinzipien (Beauchamp/Childress 2009) vor [...]“ (Deterra/Leupold 2023, 169) |
| | A.1.1 Erweiterung | „Bei Bedarf können sich die Teilnehmenden jedoch auch auf die Nutzung anderer Ethikkonzeptionen verständigen oder die medizinethischen Prinzipien ergänzen (z. B. durch berufsethische Prinzipien des DBSH, Normen aus Leitbildern der Organisation o.ä.).“ (Deterra/Leupold 2023, 169) |
| | A.1.2 Spezifizierung | „Für die Anwendung müssen die Prinzipien deshalb fallbezogen interpretiert und gegeneinander abgewogen werden [...].“ (Marckmann 2022a, 12) |
| | A.2 Konzeptuelle Orientierungsgrundlagen | |
| | A.2.1 Anforderungen an Modelle | „Darüber hinaus orientiert sich die KEF an den von Dieringer dargestellten Anforderungsansprüchen an Modelle zur ethischen Fallberatung.“ (Deterra/Leupold 2023, 166) |
| | A.2.2 Fundierung | „Mit Ausnahme des Prinzips der Gerechtigkeit sind diese Verpflichtungen auch durch das Rechtssystem vorgeben, wobei sich die Wohlergehens-Perspektive (Prinzipien Wohltun und Nichtschaden) in der medizinischen Indikationsstellung [...].“ (Marckmann 2022b, 22) |
| | A.2.3 Prozessweisende Aspekte | „Wenn der Patienten [sic] nicht mehr einwilligungsfähig ist, ist auf eine Patientenverfügung, früher vom Patienten mündlich geäußerte Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Patientenwillen zurückzugreifen“ (Marckmann/Jox 2013, 444) |
| B | Kategorien direkt strukturierender Merkmale (nach Seidlein et. al. 2023) | |
| | B.1 Zielgruppe | „Bei einer ethischen Fallbesprechung im Team sollten alle medizinischen Disziplinen und Berufsgruppen beteiligt werden, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind.“ (Marckmann 2022b, 29) |
| | B.2 Ziel | „Ein wesentliches Ziel ethischer Reflexion in der Medizin besteht darin, in schwierigen Entscheidungssituationen ethisch gut begründete Lösungen herauszuarbeiten.“ (Marckmann 2022b, 21) |
| | B.3 Häufigkeit/Rhythmus | „Wir treffen uns ca. einmal im Monat abends über Zoom für 3h.“ (Ethik-AG 2023, 1) |
| | B.4 Dauer | „Wann und wo kann eine ungestörte Besprechung für ca. 45-60 Minuten stattfinden?“ (KEK o.J., 2) |
| | B.5 Veranstaltungsgröße | „Die Gruppengröße pro Werkstattgespräch erstreckt sich dabei i. d. R. von ca. sechs bis 15 Teilnehmenden.“ (vgl. Deterra/Leupold 2023, 167) |
| | B.6 Veranstaltungsstruktur | „Wir sprechen deshalb von einer prinzipienorientierten Falldiskussion, die insgesamt 5 Bearbeitungsschritte umfasst.“ (Mackmann/Mayer 2009, 2) |
| | B.7 Setting | „Nach unserer Erfahrung ist es sinnvoll, schwierige ethische Entscheidungen im Rahmen einer fallbezogenen Teambesprechung auf der jeweiligen Station zu diskutieren“ (Mackmann/Mayer 2009, 1) |
| | B.8 Didaktische Methoden | „Interaktives, digitales Bildungstool zur ethischen Fallanalyse (IBEF).“ (vgl. Deterra/Leupold 2023, 175) |

Anhang 8. Literaturliste verwendetes Material zur Darstellung der prinzipienorientierten Falldiskussion (Kap. 3.3)

- Marckmann, G. (2013): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? Ärzteblatt Baden-Württemberg, 2000;56 (12), S. 499-502. Online unter: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/index.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G. (2022a): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, G. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3-13.
- Marckmann, G. (2022b): Im Einzelfall ethisch gut begründet entscheiden: Das Modell der prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Marckmann, G. (Hg.): Praxisbuch Ethik in der Medizin. 2. Aufl. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 21-29.
- Marckmann, G./ Behringer, B./ In der Schmitten, J. (2018a): Ethische Fallbesprechungen in der hausärztlichen Versorgung: Ein Leitfaden für die Praxis. In: Deutscher Ärzteverlag, ZFA, 94 (3), S. 116-120. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.3238/zfa.2018.0116-0120> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Behringer, B./ In der Schmitten, J. (2018b): Beendigung der Sondenernährung in einer Pflegeeinrichtung. Eine ethische Falldiskussion. In: Deutscher Ärzteverlag, ZFA, 94 (3), S. 121-124. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.3238/zfa.2018.0121-0124> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Jox, R. J. (2013): Ethik in der Medizin. Ethische Grundlagen medizinischer Behandlungsentscheidungen - Auftaktartikel zur Serie. In: Bayerisches Ärzteblatt 2013 (9), S. 442-445. Online unter: <https://www.egt.med.uni-muenchen.de/personen/leitung/marckmann/materialien/publikationen/index.html> (Zugriff: 14.04.2025).
- Marckmann, G./ Mayer, F. (2009): Ethische Fallbesprechungen in der Onkologie. Grundlagen einer prinzipienorientierten Falldiskussion. In: Der Onkologe, 15 (10), S. 1-6. Online unter: https://www.researchgate.net/publication/226851293_Ethische_Fallbesprechungen_in_der_Onkologie (Zugriff: 13.08.2024).

Referenzliteratur:

- Badura, J. (2011): Kohärenzismus. In: Düwell, M./ Hüenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. 3. aktualisierte Aufl. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 194-205.
- BGBL (2009): Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Bundesgesetzblatt, 2009, Teil I (48). Bonn: Bundesanzeiger. S. 2286-2287. Online unter: https://www.bgbli.de/xaver/bgbli/start.xav#_bgbli__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbli109s2286.pdf%27%5D__1717410790578 (Zugriff 13.03.2025).
- Marckmann G, Sandberger G, Wiesing U (2010): Begrenzung lebenserhaltender Maßnahmen. Deutsche Medizinische Wochenschrift, 135 (12), S. 570-574.
- Marckmann, G./ Bormuth, M. (2020): Arzt-Patient-Verhältnis und Informiertes Einverständnis: Einführung. In: Wiesing, U (Hg.): Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch. Stuttgart: Philipp Reclam jun. S. 95-105.
- McCullough, L. B./ Ashton, C. M. (1994): A methodology for teaching ethics in the clinical setting: a clinical handbook for medical ethics. In: Theoretical Medicine, 1994 (15), S. 39-52. Online unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00999218> (Zugriff: 14.04.2025).
- Vetter, P./ Marckmann, G. (2009): Gesetzliche Regelung der Patientenverfügung: Was ändert sich für die Praxis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 64, S. 370-374.
- Rawls, J. (1975): Eine Theorie der Gerechtigkeit. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- ZEKO (2016): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer. Entscheidungsfähigkeit und Entscheidungsassistenz in der Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt, 113 (15), S. 1-6. Online unter: <https://www.zentrale-ethikkommission.de/stellungnahmen/entscheidungsfähigkeit-und-entscheidungs-assistenz-in-der-medizin> (Zugriff: 14.04.2025).

Ergänzend:

- AEM (2022): Curriculum Ethikberatung im Gesundheitswesen. Online unter: <https://aem-online.de/standards-und-empfehlungen-fuer-ethikberatung/> (Zugriff: 09.04.2025).
- AEM (2023): Standards für Ethikberatung im Gesundheitswesen. In: Ethik in der Medizin, 2023 (35), S. 313-324.
- BÄK (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer. „Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung“. Deutsches Ärzteblatt, 112 (18), S. 836-840. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen/empfehlungen-stellungnahmen> (Zugriff: 14.04.2025).
- BÄK (2018): Bekanntmachung. Hinweise und Empfehlungen zum Umgang mit Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen im ärztlichen Alltag. In: Deutsches Ärzteblatt, 115 (51-52), S. 2434-2441. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/baek/ueber-uns/richtlinien-leitlinien-empfehlungen-und-stellungnahmen/empfehlungen-stellungnahmen> (Zugriff: 14.04.2025).
- BÄK (2024): (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt. 2024 (12), S. 1-9. Online unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/recht/berufsrecht> (Zugriff: 14.04.2025).
- KEK (2023): Klinisches Ethikkomitee am Klinikum der Universität München. Infoblatt. Online unter: <https://www.lmu-klinikum.de/das-klinikum/zentrale-bereiche/klinisches-ethikkomitee/eb-feca1643942257#:~:text=Das%20Klinische%20Ethikkomitee%20bietet%20im,Reflexion%20von%20Behandlungsentscheidungen%20zu%20f%C3%BCr%C3%BCrdern> (Zugriff: 13.03.2025).
- Rechtlicher Hinweis: § 630d Abs.1 S.1 BGB (zur Einwilligung in medizinische Maßnahmen)

Anhang 9: Literaturliste verwendetes Material zur Darstellung der KEF (Kap. 3.3)

- Deterra, D./ Leupold, M. (2023): Kollegiale ethische Fallberatung (KEF). In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 164-176.
- Leupold, M. (2023): Typologie ethischer Problemlagen für die Fallberatung. In: Kohlfürst, I./ Kulke, D./ Leupold, M./ Como-Zipfel, F. (Hg.): Ethische Fallreflexion für die Praxis sozialer Berufe. Freiburg i.Br.: Lambertus, S. 32-49.

Unveröffentlichtes Material:

- Deterra, D. (2020): Matrix zur Prüfung der Handlungsideen anhand professionsmoralischer Prinzipien Sozialer Arbeit. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 18)
- Ethik-AG (2023) Willkommensflyer. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 12)
- Leupold, M. (2019): Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 16).
- Leupold, M. (2024): Leitfaden. Typologie ethischer Problemlagen. Phase A) Was ist das Problem? Version 2.2. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 17).
- Leupold, M./Deterra, D./Vollmert, S. (2022): Leitfaden zur KEF. Bildungs- und Praxisformat. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 13)
- Leupold, M./ Harbst, A. (2024): Leitfaden zur KEF. PRAXISFORMAT „Prüfung einer moralisch strittigen Handlung“ Version 1.4. (unveröffentlichte Quelle, siehe Anhang 15).

Referenzliteratur:

- Bauchamp, T. L./ Childress, J. F. (2009): Principles of Biomedical Ethics. 6. Aufl. New York: Oxford University Press.
- DBSH (2014): Berufsethik des DBSH. Ethik und Werte. In: Forum Sozial, 2014 (4). Online unter: <https://www.dbsh.de/profession/berufsethik.html> (Zugriff: 07.06.2024).
- Deutscher Ethikrat (2018): Hilfe durch Zwang? Professionelle Sorgebeziehungen im Spannungsfeld von Wohl und Selbstbestimmung. Stellungnahme. Online unter: <https://www.ethikrat.org/publikationen/stellungnahmen/hilfe-durch-zwang/> (Zugriff: 28.02.2025).
- Dieringer, V. (2019): Dilemma und Dissens. Zur Relevanz der Unterscheidung zweier Typen moralischer Konflikte für ethische Fallbesprechungen. In: Forum Supervision, 27 (54), S. 8–20.
- Gruber, H.-G. (2009): Ethisch denken und handeln: Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- Gruber, H.-G. (2016): Ethisch denken und handeln: Grundzüge einer Ethik der Sozialen Arbeit. 2. Aufl. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Habermas, J. (1983): Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Horn, C. (2011): Güterabwägung. In: Düwell, M./ Hübenthal, C./ Werner, M. H. (Hg.): Handbuch Ethik. Stuttgart: J. B. Metzler, S. 391-396.
- Kuhn, E./ Lunden, L./ Moysich, P./ Rogge, K./ Roscher, M./ Caning, L./ Rogge, A. (2021): Ethik First – extracurriculäre Unterstützung für Studierende und junge Ärzt*innen bei moralischen Dilemmata im Klinikalltag. GMS Journal for Medical Education. Vol. 38 (4), S. 1-15. Online unter: <https://www.egms.de/static/de/journals/zma/2021-38/zma001470.shtml> (Zugriff: 21.03.2025).
- Lippmann, E. D. (2013): Intervision. Kollegiales Coaching professionell gestalten. 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Schleger, H. A./ Mertz, M./ Meyer-Zehnder, B./ Reither-Theil, S. (2019): Klinische Ethik – METAP. Leitlinie für Entscheidungen am Krankenbett. 2. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Tietze, K.-O. (2020): Kollegiale Beratung. Problemlösung gemeinsam entwickeln. Reinbek: Rowohlt.

Rechtliche Hinweise: DSGVO Art. 9 ff. (zum Datenschutz); § 203 StGB (zur gesetzlichen Schweigepflicht)

Ergänzendes unveröffentlichtes Material:

- Acht Lehrbriefe zu den einzelnen Prinzipien sowie den Grundlagen der KEF nach Prof. Dr. Leupold
- Vorlage eines Protokollbogens
- Handreichung zur Erstellung von Fallvignetten
- Vorlage für die Fallvignetten
- Handreichung zur Anonymisierung & Einverständniserklärung zur Fallspende

Anhang 10: „Prinzipienorientierte Falldiskussion“ nach Marckmann/Mayer (2009, 2), (Kap. 3.3.1)

1. Analyse: medizinische Aufarbeitung des Falls

- a) Information über den Patienten (Anamnese, Befunde, Diagnosen etc.)
- b) (Be-)Handlungsoptionen mit ihren Chancen und Risiken (Prognose)

2. Bewertung I: ethische Verpflichtungen gegenüber dem Patienten

- a) *Wohl des Patienten fördern, nicht schaden*
- b) *Autonomie respektieren*

3. Bewertung II: ethische Verpflichtungen gegenüber Dritten: Familienangehörige, andere Patienten, Versichertengemeinschaft (*Gerechtigkeit*)

4. Synthese: konvergieren oder divergieren die Verpflichtungen? Im Konfliktfall → begründete Abwägung

5. Kritische Reflexion:

- a) Was ist der stärkste Einwand gegen die ausgewählte Option?
- b) Wie hätte der Konflikt möglicherweise vermieden werden können?

Anhang 11: Übersicht der Leitfragen für die Bearbeitungsschritte der prinzipienorientierten Falldiskussion nach Marckmann (2022b, 25-28) (Kap. 3.3.1)

1) Leitfragen bei der medizinischen Aufarbeitung des Falles (Marckmann 2022b, 25):

- *In welcher medizinischen und psychosozialen Situation befindet sich der Patient[*in]?*
- *Welche (Be-)Handlungsstrategien stehen in der aktuellen Situation zur Verfügung? Und: Wie ist der weitere Verlauf für den[*die] Patient[*in] bei jeder einzelnen (Be-)Handlungsstrategie?*

2)

Leitfrage bei der Wohlergehens-Perspektive (Marckmann 2022b, 26):

- *Welche der verfügbaren (Be-)Handlungsstrategien ist aus der Fürsorgeperspektive für den[*die] Patient[*in] am besten?*

Leitfrage bei der Autonomie-Perspektive (Marckmann 2022b, 26):

- *Welche der verfügbaren (Be-)Handlungsstrategien bevorzugt der[*die] Patient[*in] selbst nach entsprechender Aufklärung?*

3) Leitfrage bei den Verpflichtungen gegenüber Dritten (Marckmann 2022b, 27):

- *Welche der verfügbaren Behandlungsoptionen ist für andere beteiligte Personen am besten? Oder: Wie können die Interessen anderer beteiligter Personen angemessen berücksichtigt werden?*

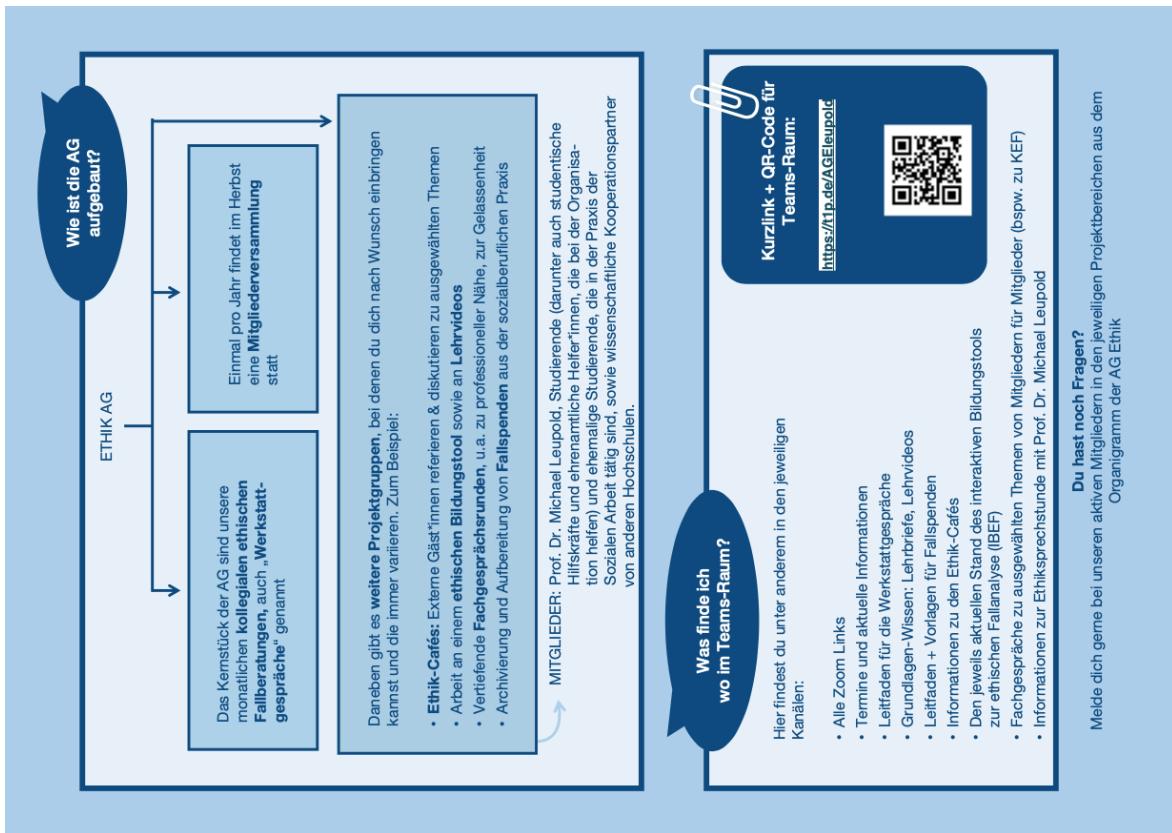
4) Leitfragen bei der Synthese (Marckmann 2022b, 28):

- *Konvergieren oder divergieren die ethischen Verpflichtungen, die sich aus den einzelnen Prinzipien ergeben?*
- *Konvergenz der Verpflichtungen: Diejenige Handlungsoption wählen, die gemäß der verschiedenen ethischen Verpflichtungen geboten ist.*
- *Konflikt zwischen den Verpflichtungen: Fallbezogene Gründe herausarbeiten, warum der einen oder der anderen Verpflichtung Vorrang einzuräumen ist.*
- *Welche weiteren Schritte sind zur Umsetzung des Ergebnisses erforderlich?*

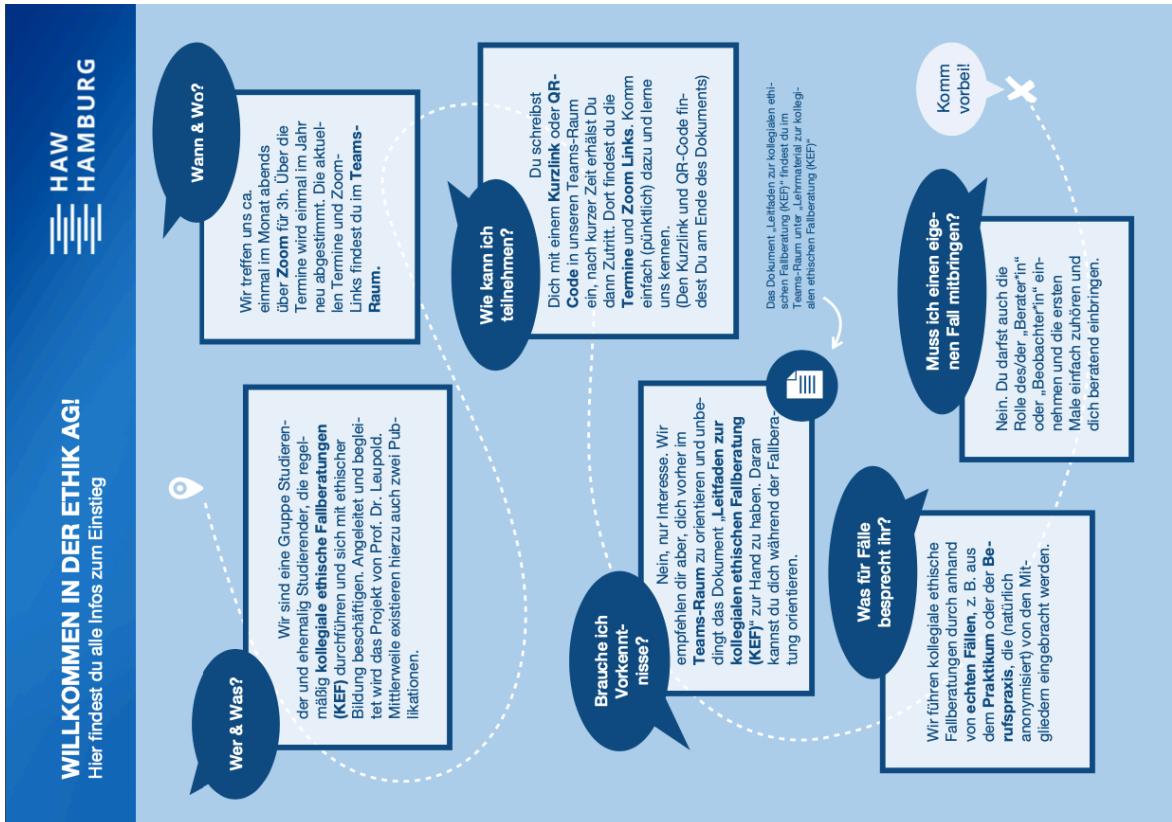
5) Leitfragen bei der kritischen Reflexion (Marckmann 2022b, 28):

- *Welches ist der stärkste Einwand gegen die favorisierte (Be-)Handlungsstrategie?*
- *Wie hätte der ethische Entscheidungskonflikt ggf. vermieden werden können?*

Anhang 12: Ethik-AG Willkommensflyer (Kap. 3.3.2)



2



1

LEITFADEN ZUR KEF

- Bildungs- und PRAXISFORMAT -

1. Rollenverteilung

Verteilen Sie unter den Teilnehmenden der KEF folgende Rollen:

- **Fallgeber*in**
→ Berichtet über einen Fall mit ethisch relevantem Anliegen
- **Moderator*in**
→ Verantwortlich für die Prozessmoderation, Verwaltung der Redebeiträge etc.
- **Protokollant*in**
→ Protokolliert den Fall mit Hilfe des digitalen Protokollbogens
- **Beobachter*in**
→ Nimmt eine „Außenposition“ ein, um nach dem Prozess Feedback geben zu können
- **Beratende** (Alle Teilnehmenden können diese Rolle übernehmen, sofern Sie innerhalb weiterer Rollen freie Kapazitäten haben)
→ Durchlaufen gemeinsam mit dem/der Fallgeber*in den Prozess der ethischen Fallarbeit (stellen z. B. Rückfragen, sind beratend tätig, etc.)

2. Kommunikationsvereinbarung und -regeln

KEF ist eine Reflexionsmethode, die sich am Ideal eines vernünftigen, argumentativ gestützten Dialoges orientiert. Im Mittelpunkt der Beratung steht die gemeinsame Suche nach einer moralisch vertretbaren Handlung, die bestenfalls von allen Beteiligten mitgetragen werden kann.

Jede an einer KEF teilnehmende Person – insbesondere die moderierende Person – hat dafür Sorge zu tragen, dass diesem Ideal gefolgt wird.

Für alle an einer KEF teilnehmenden Personen gelten folgende fünf Regeln:

- **Diskursorientierung, Absehen von Eigeninteressen:** Sie (die Person) nimmt **zum Wohl der Adressat*innen** an der KEF teil und orientiert sich dabei am Ziel einer ethisch angemessenen Interventionsentscheidung, die argumentativ und konsensuell herbeigeführt wird.
- **Offenheit:** Sie darf ihre Einstellungen und Ansichten frei äußern.
- **Kritikmöglichkeit:** Sie darf Behauptungen anderer teilnehmender Personen unter Angabe von Gründen hinterfragen.
- **Glaubwürdigkeit, Authentizität:** Sie darf und soll sich ehrlich, nach besten Wissen und Gewissen und unverstellt äußern.
- **Herrschaftsfreiheit, Gleichberechtigung:** Niemand darf durch Zwang oder Repression innerhalb oder außerhalb der KEF daran gehindert werden, die oben genannten Regeln wahrzunehmen.

3. Datenschutz und Schweigepflicht

Alle bei der KEF Anwesenden sind über die Datenschutzverordnung (DSGVO Art. 9 ff.) hinausgehend strafrechtlich **zur Verschwiegenheit** im Sinne der gesetzlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) **verpflichtet**.

Die jeweils **fallgebende Person** achtet während ihrer Ausführungen darauf, dass der Fall anonymisiert dargestellt wird. Mit der Eingabe Ihres Falls **willigt die fallgebende Person darin ein, dass der Fall in anonymisierter Form zu Protokoll** gebracht wird.

Der/die **Protokollant*in** verpflichtet sich, das Protokoll im Anschluss der Erstellung **vor der weiteren Verwendung dem/der Fallgeber*in vorzulegen, um die Anonymisierung zu sichern** und evtl. Rückschlüsse auf am Fall beteiligte Personen auszuschließen.

Alle personenbezogenen Daten werden nach der KEF vernichtet.

| 4. Prozess der KEF | |
|---|--|
| A) Problemanalyse & Lösungssuche (25 min) <p>Moderationshinweis: Achten Sie auf die verschiedenen Wahrnehmungen der involvierten Personen. Nehmen Sie die Emotionen der beteiligten Personen ernst. Klären Sie, wieso die Situation unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird.</p> | <p>Fallgeber*in schildert den Problemfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um welches Problem handelt es sich? Was ist/sind die <i>moralische/n Herausforderung/en</i> (Orientierung an typischen ethischen Problemlagen; → „Formular 2.1 Typologie ethischer Problemlagen“) ○ Fallgeber*in formuliert und priorisiert <u>eine</u> der identifizierten ethischen Problemlagen zur weiteren Bearbeitung. <p>Verfahrensabweichung bei Sonderfällen</p> <p>Handelt es sich bei der ethischen Problemlage primär</p> <ul style="list-style-type: none"> • um einen Anwendungskonflikt ist mit dem Moderationsbogen Nr.5 weiter zu verfahren. • um eine Bedrohung der moralischen Integrität, ist mit dem Moderationsbogen Nr. 6 weiter zu verfahren. • um einen moralischen Dissens, ist mit dem Moderationsbogen Nr. 7 weiter zu verfahren. <p>Kontextbezogene Faktenanalyse der ethischen Problemlage</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie ist sie <i>entstanden</i>? Wann tritt sie auf? Welche <i>Faktoren</i> spielen mit und wie hängen diese zusammen? ○ Welche Personen/Gruppen sind davon betroffen? ○ Welche weiteren Dimensionen (historisch/kulturell/politisch/gesellschaftlich) spielen bzgl. des Problems eine Rolle? <p>Sammlung von Lösungs- und Handlungsideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche können aus der bekannten Praxis auf Basis der bisherigen Problemanalyse abgeleitet werden (3-5)? |
| B) Prinzipien- & Normengeleitete Lösungsbewertung (25 min) <p>Moderationshinweis: Voraussetzung für diesen Schritt ist die Verständigung aller Teilnehmenden auf gemeinsame moralische Prinzipien.</p> | <p>Bewertung der Lösungsvorschläge anhand professionsmoralischer Prinzipien und berufsethischer Normen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Autonomieprinzip (Was entspricht dem Willen des/der Adressat*in?) ○ Fürsorgeprinzip (Was hilft/nützt der/dem Adressat*in am meisten?) ○ Nicht schaden (Was schadet dem/der Adressat*in am wenigsten?) ○ Gerechtigkeit (Was bewerten wir in welcher Hinsicht als gerecht) ○ Solidarität (Was gewährleistet eher eine eindeutige Parteinahme?) ○ Wirtschaftlichkeit (Was ist am effektivsten/effizientesten?) ○ (Berufsethische Normen) (Welche werden angesprochen?) <p>Kohärenzprüfung: (Inwiefern) Sind die gemeinsam bestimmten moralischen Prinzipien mit den bisherigen Handlungsideen vereinbar?</p> <p>Übelabwägung: Welche Lösung führt in der Umsetzung voraussichtlich zum geringsten Übel. (→ „Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung“ n. Gruber)</p> |
| C) Urteilsvorbereitung (25 min) <p>Moderationshinweis: Hier eignet sich der Einsatz von Beratungsmethoden wie z. B. Blitzlicht, skalierenden Fragen, das Erstellen einer Entscheidungsmatrix oder Pro- und Kontraliste zur Begleitung des Priorisierungs- und Entscheidungsprozesses.</p> | <p>Austausch über priorisierte Handlungsideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Handlungsidee wird aus welchem Grund favorisiert? <p>Konsensfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auswahl einer <i>abwägungsbasierten und konsensfähigen</i> Lösung (Lösung wählen, der alle zustimmen können). ○ Ist ein Konsens unmöglich, wird ein <i>Kompromiss</i> angestrebt. ○ Bei nicht auflösbarem Konflikt: Abstimmung/Wahl eines Entscheidungsmodus (z. B. einfache/qualifizierte Mehrheit). |
| D) Urteilsentscheid (15 min) | <p>Der/die Fallgeber*in äußert sich, welche Handlungsidee aus welchen Gründen priorisiert wird. (Ggf. unter Abweichungen von C))</p> |

| | |
|---|---|
| | Umsetzung: Planen erster Umsetzungsschritte sowie zukünftiger Adäquanzkontrolle (=passt die priorisierte Lösung noch zur Problemlage?). |
| E) Prozessbeurteilung (5 min) | Abschließende Reflexion des Prozesses zur ethischen Fallarbeit <ul style="list-style-type: none">○ Prozessbeobachter*in teilt getätigte Beobachtungen und gibt abschließendes Feedback |

5. Sonderfall „Anwendungskonflikt“: Prozess KEF

| | |
|---|---|
| <p>A) Problemanalyse (25 min)</p> <p>Moderationshinweis: Achten Sie auf die verschiedenen Wahrnehmungen der involvierten Personen. Nehmen Sie die Emotionen der beteiligten Personen ernst. Klären Sie, wieso die Situation unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird.</p> | <p>Fallgeber*in schildert den Problemfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um welches Problem handelt es sich? Was ist/sind die <i>moralische/n Herausforderung/en</i> (Orientierung an typischen ethischen Problemlagen; → „Formular 2.1 Typologie ethischer Problemlagen“) ○ Fallgeber*in formuliert und priorisiert <u>eine</u> der identifizierten ethischen Problemlagen zur weiteren Bearbeitung. <p>Identifikation des Anwendungskonflikts:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Gemeinsame Suche nach einer geeigneten Begriffsdefinition zu dem Prinzip, bei dem ein Anwendungskonflikt vorliegt (z.B. Was verstehen wir unter Autonomie? Wann kann von einer Autonomiefähigkeit ausgegangen werden?) |
| <p>B) Prinzipien- & Normen geleitete Lösungssuche und -bewertung (25 min)</p> <p>Moderationshinweis: Voraussetzung für diesen Schritt ist die Verständigung aller Teilnehmenden auf eine gemeinsame Definition des moralischen Prinzips, bei dem ein Anwendungskonflikt vorliegt.</p> | <p>Prüfung des Falls entlang der Kriterien der gewählten begrifflichen Auslegung (z.B. Autonomie: interpretiert anhand des Begriffes und der Kriterien zum Vorliegen von Freiverantwortlichkeit. Anlegung der Kriterien an den Fall und Prüfung des Vorliegens umfänglicher Freiverantwortlichkeit)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Identifikation „offener Stellen“: (Gibt es Diskrepanzen zwischen einer Erfüllung der Begriffsdefinition/Kriterien und dem dargestellten Fall?) <p>Handlungsideen: Suche nach Handlungsideen die zur Schließung identifizierter Diskrepanzen führen (z. B. Welche Handlung scheint geeignet die Autonomie bestmöglich herzustellen/zu fördern?)</p> <p>Übelabwägung: Welche Lösung führt in der Umsetzung voraussichtlich zum geringsten Übel. (→ „Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung“ n. Gruber)</p> |
| <p>C) Urteilsvorbereitung (25 min)</p> <p>Moderationshinweis: Hier eignet sich der Einsatz von Beratungsmethoden wie z. B. Blitzlicht, skalierenden Fragen, das Erstellen einer Entscheidungsmatrix oder Pro- und Kontraliste zur Begleitung des Priorisierungs- und Entscheidungsprozesses.</p> | <p>Austausch über priorisierte Handlungsideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Handlungsidee wird aus welchem Grund favorisiert? <p>Konsensfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auswahl einer <i>abwägungsbasierten und konsensfähigen</i> Lösung (Lösung wählen, der alle zustimmen können). ○ Ist ein Konsens unmöglich, wird ein <i>Kompromiss</i> angestrebt. ○ Bei nicht auflösbarem Konflikt: Abstimmung/Wahl eines Entscheidungsmodus (z. B. einfache/qualifizierte Mehrheit). |
| <p>D) Urteilsentscheid (15 min)</p> | <p>Der/die Fallgeber*in äußert sich, welche Handlungsidee aus welchen Gründen priorisiert wird. (Ggf. unter Abweichungen von C))</p> <p>Umsetzung: Planen erster Umsetzungsschritte sowie zukünftiger Adäquanzkontrolle (=passt die priorisierte Lösung noch zur Problemlage?).</p> |
| <p>E) Prozessbeurteilung (5 min)</p> | <p>Abschließende Reflexion des Prozesses zur KEF</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prozessbeobachter*in teilt getätigte Beobachtungen und gibt abschließendes Feedback |

6. Sonderfall „Bedrohung der moralischen Integrität“: Prozess der KEF

| | |
|---|--|
| A) Problemanalyse & Lösungssuche (25 min) <p>Moderationshinweis: Achten Sie auf die verschiedenen Wahrnehmungen der involvierten Personen. Nehmen Sie die Emotionen der beteiligten Personen ernst. Klären Sie, wieso die Situation unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird.</p> | <p>Fallgeber*in schildert den Problemfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um welches Problem handelt es sich? Was ist/sind die <i>moralische/n Herausforderung/en</i> (Orientierung an typischen ethischen Problemlagen; → „Formular 2.1 Typologie ethischer Problemlagen“) ○ Fallgeber*in formuliert und priorisiert <i>eine</i> der identifizierten ethischen Problemlagen zur weiteren Bearbeitung. <p>Identifikation der Diskrepanz zwischen berufsmoralischer Überzeugung der Fallgebenden sowie (geforderter) Handlung/Unterlassung (z. B. wenn ein moralisches Gebot für Sozialprofessionelle aufgrund institutioneller Vorgaben nicht verfolgt werden kann)</p> <p>Leitfrage: Welche berufsmoralischen Normen/Prinzipien des/r Fallgeber*in sind in Konflikt?</p> <p>Sammlung von Lösungs- und Handlungsideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche können aus der bekannten Praxis auf Basis der bisherigen Problemanalyse abgeleitet werden (3-5)? |
| B) Prinzipien- & Normen-geleitete Lösungsbewertung (25 min) <p>Moderationshinweis: Voraussetzung für diesen Schritt ist die Verständigung aller Teilnehmenden auf gemeinsame moralische Prinzipien.</p> | <p>Bewertung der Lösungsvorschläge in Bezug auf die bestmögliche Kohärenz mit den moralischen Überzeugungen der fallgebenden Person</p> <p>Bewertung der Handlungsoptionen /Kohärenzprüfung</p> <p>Leitfrage: Welche Handlung verringert die Diskrepanz am meisten? Welche Handlung stellt die bestmögliche Kohärenz mit den Überzeugungen der fallgebenden Person her?</p> <p>Übelabwägung: Welche Lösung führt in der Umsetzung voraussichtlich zum geringsten Übel. (→ „Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung“ n. Gruber)</p> |
| C) Urteilsvorbereitung (25 min) <p>Moderationshinweis: Hier eignet sich der Einsatz von Beratungsmethoden wie z. B. Blitzlicht, skalierenden Fragen, das Erstellen einer Entscheidungsmatrix oder Pro- und Kontraliste zur Begleitung des Priorisierungs- und Entscheidungsprozesses.</p> | <p>Austausch über priorisierte Handlungsideen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Welche Handlungsidee wird aus welchem Grund favorisiert? <p>Konsensfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auswahl einer <i>abwägungsbasierten und konsensfähigen</i> Lösung (Lösung wählen, der alle zustimmen können). ○ Ist ein Konsens unmöglich, wird ein <i>Kompromiss</i> angestrebt. ○ Bei nicht auflösbarem Konflikt: Abstimmung/Wahl eines Entscheidungsmodus (z. B. einfache/qualifizierte Mehrheit). |
| D) Urteilsentscheid (15 min) | <p>Der/die Fallgeber*in äußert sich, welche Handlungsidee aus welchen Gründen priorisiert wird. (Ggf. unter Abweichungen von C))</p> <p>Umsetzung: Planen erster Umsetzungsschritte sowie zukünftiger Adäquanzkontrolle (=passt die priorisierte Lösung noch zur Problemlage?).</p> |
| E) Prozessbeurteilung (5 min) | <p>Abschließende Reflexion des Prozesses zur KEF</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prozessbeobachter*in teilt getätigte Beobachtungen und gibt abschließendes Feedback |

7. Sonderfall „moralischer Dissens“: Prozess der KEF

| | |
|--|---|
| A) Problemanalyse & Lösungssuche (25 min) <p>Moderationshinweis: Achten Sie auf die verschiedenen Wahrnehmungen der involvierten Personen. Nehmen Sie die Emotionen der beteiligten Personen ernst. Klären Sie, wieso die Situation unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird.</p> <p>Moderationshinweis: Voraussetzung für diesen Schritt ist die Verständigung aller Teilnehmenden auf eine wohlwollende Haltung inkl. Bereitschaft zum Perspektivenwechsel, Anerkennung von Alterität sowie Verpflichtung auf Authentizität</p> | <p>Fallgeber*in schildert den Problemfall:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Um welches Problem handelt es sich? Was ist/sind die <i>moralische/n Herausforderung/en</i> (Orientierung an typischen ethischen Problemlagen; → „Formular 2.1 Typologie ethischer Problemlagen“) ○ Fallgeber*in formuliert und priorisiert <i>eine</i> der identifizierten ethischen Problemlagen zur weiteren Bearbeitung. <p>Rekonstruktion der zugrundeliegenden moralischen Identität (Gewissen) der jeweils präferierten Handlung der sich vermeintlich im moralischen Dissens befindenden Personen mit größtmöglichen Wohlwollen für die jeweiligen Positionen (z. B. Verbalisierung der für den Fall relevanten moralischen Prinzipien inkl. der zugrundeliegenden Deutungen i.S. eines Bezeugens der eigenen Position)</p> <p>Leitfrage: Welche berufsmoralischen Normen/Prinzipien des/r Betroffenen spielen für die im Konflikt befindlichen Handlungen eine Rolle?</p> |
| B) Prüfung der rekonstruierten Positionen inkl. der präferierten Handlung (25 min) <p>Moderationshinweis: Voraussetzung für diesen Schritt ist die Verständigung aller Teilnehmenden auf eine wohlwollende Haltung inkl. Bereitschaft zum Perspektivenwechsel, Anerkennung von Alterität sowie Verpflichtung auf Authentizität</p> | <p>Prüfung der jeweiligen Positionen in Bezug auf interne Stimmigkeit, Nachvollziehbarkeit und mögliche Problematiken inkl. der Folgen und Nebenfolgen aus einer Außenperspektive</p> <p>Prüfung der jeweiligen Positionen in Bezug auf mögliche Gemeinsamkeiten (echter oder vermeintlicher Dissens)</p> <p>Prüfung der präferierten Handlung inkl. der zugrundeliegenden Positionen in Bezug auf deren sittlich-kommunikative Verbindlichkeit (z.B. Kann man aus der Perspektive aller Menschen wollen, dass die jeweilige Position inkl. der Handlung präferiert wird?)</p> |
| C) Urteilsvorbereitung (25 min) <p>Moderationshinweis: Hier eignet sich der Einsatz von Beratungsmethoden wie z. B. Blitzlicht, skalierenden Fragen, das Erstellen einer Entscheidungsmatrix oder Pro- und Kontraliste zur Begleitung des Priorisierungs- und Entscheidungsprozesses.</p> | <p>Austausch über mögliche Handlungsideen i.S. der nächsten kleinen Schritte: Wie könnten die nächsten kleinen Schritte aussehen?</p> <p>Konsensfindung:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Auswahl einer <i>abwägungsbasierten und konsensfähigen Handlungsidee</i> (Option wählen, der alle zustimmen könnten). ○ Ist ein Konsens unmöglich, wird ein <i>Kompromiss</i> angestrebt. ○ Bei nicht auflösbarem Konflikt: Abstimmung/Wahl eines Entscheidungsmodus (z. B. einfache/qualifizierte Mehrheit). |
| D) Urteilsentscheid (15 min) | <p>Der/die Fallgeber*in äußert sich, welche Handlungsidee aus welchen Gründen priorisiert wird. (Ggf. unter Abweichungen von C))</p> <p>Umsetzung: Planen erster Umsetzungsschritte sowie zukünftiger Adäquanzkontrolle (=passt die priorisierte Lösung noch zur Problemlage?).</p> |
| E) Prozessbeurteilung (5 min) | <p>Abschließende Reflexion des Prozesses zur KEF</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prozessbeobachter*in teilt getätigte Beobachtungen und gibt abschließendes Feedback |

Anhang 14: Übersicht Leitfäden nach Deterra und Leupold (2023, 174) (Kap. 3.3.2)

| | |
|---|--|
| A) Problemanalyse und Lösungssuche | Fallschilderung der fallgebenden Person inkl. Identifikation und Priorisierung der ethischen Problemlage <i>Verfahrensabweichung (vgl. Sonderleitfäden)</i> ◆ bei Anwendungskonflikt ◆ bei einer Bedrohung der moralischen Integrität Kontextbezogene Faktenanalyse Sammlung von Handlungsideen |
| B) Prinzipien- und normengeleitete Lösungsbewertung | Bewertung der Handlungsideen Kohärenzprüfung Güter- und Übelabwägung angesichts von Folgen und Nebenfolgen |
| C) Urteilsvorbereitung | Austausch über priorisierte Handlungsideen Konsensfindung |
| D) Urteilsentscheid | Fallgebende Person priorisiert Handlungsideen |
| E) Prozessbeurteilung | Abschließende Reflexion |

Tab. 1: „*Basisleitfaden KEF*“ (Deterra/Leupold 2023, 174)

| | |
|---|--|
| A) Problemanalyse | Identifikation des Anwendungskonflikts inkl. Suche nach einer geeigneten Spezifizierung |
| B) Prinzipien- und normengeleitete Lösungsbewertung | Prüfung des Falls entlang der gewählten Spezifizierung mit Identifikation „offener Stellen“ Sammlung von Handlungsideen Übelabwägung angesichts von Folgen und Nebenfolgen |
| C) Urteilsvorbereitung | vgl. Basisleitfaden |
| D) Urteilsentscheid | |
| E) Prozessbeurteilung | |

Tab. 2: „*Sonderleitfaden KEF ,Anwendungskonflikt*“ (Deterra/Leupold 2023, 174)

| | |
|---|---|
| A) Problemanalyse und Lösungssuche | Identifikation der Diskrepanz zwischen berufsmoralischer Überzeugung der fallgebenden Person sowie (geforderter) Handlung/Unterlassung Sammlung von Handlungsideen |
| B) Prinzipien- und normengeleitete Lösungsbewertung | Bewertung der Lösungsvorschläge in Bezug auf die bestmögliche Kohärenz mit den moralischen Überzeugungen der fallgebenden Person |
| C) Urteilsvorbereitung | vgl. Basisleitfaden |
| D) Urteilsentscheid | |
| E) Prozessbeurteilung | |

Tab. 3: „*Sonderleitfaden KEF ,Bedrohung der moralischen Integrität*“ (Deterra/Leupold 2023, 174)

LEITFADEN ZUR KEF

- PRAXISFORMAT „Prüfung einer moralisch strittigen Handlung“ Version 1.4 -

1. Rollenverteilung

Verteilen Sie unter den Teilnehmer*innen der KEF folgende Rollen:

- **Fallgeber*in**
→ Berichtet über einen verschriftlichten Fall mit einem bereits priorisierten ethisch relevanten Anliegen: Prüfung einer moralisch strittigen beruflichen Intervention; Suche nach einer moralisch gut begründbaren beruflichen Handlung
- **Moderator*in**
→ Verantwortlich für die Prozessmoderation, Verwaltung der Redebeiträge etc.
- **Co-Moderator*in inkl. Protokollant*in**
→ Unterstützt die Moderation beim Festhalten von *Redebeiträgen* während der Fallberatung (z.B. beim Brainstorming von Handlungsoptionen) sowie bei der *Zeitwächterfunktion* ☰
- **Berater*in** (Alle Teilnehmer*innen können diese Rolle übernehmen, sofern Sie innerhalb weiterer Rollen freie Kapazitäten haben)
→ Berät Fallgeber*in im Prozess der ethischen Fallreflexion (stellt z. B. Rückfragen, unterstützt bei der Kohärenzprüfung, etc.)
- **Beobachter*in**
→ Nimmt eine „Außenposition“ ein, um zu hospitieren und ggf. nach dem Beratungsprozess Feedback geben zu können

2. Kommunikationsvereinbarung und -regeln

Die KEF ist eine Reflexionsmethode, die sich am Ideal eines vernünftigen, argumentativ gestützten Dialoges orientiert. Im Mittelpunkt der gemeinsamen Beratung steht die gemeinsame Suche nach einer moralisch vertretbaren Handlung, die bestenfalls von allen Beteiligten mitgetragen werden kann.

Jede an einer KEF teilnehmende Person – insbesondere die moderierende Person – hat dafür Sorge zu tragen, dass diesem Ideal gefolgt wird.

Für alle Teilnehmer*innen einer KEF gilt es, folgende fünf Regeln zu achten:

- **Diskursorientierung, Absehen von Eigeninteressen:** Sie (die Person) nimmt **zum Wohl der Adressat*innen** an der Fallberatung teil und orientiert sich dabei am Ziel einer ethisch angemessenen Interventionsentscheidung, die argumentativ und konsensuell herbeigeführt wird.
- **Offenheit:** Sie darf ihre Einstellungen und Ansichten frei äußern.
- **Kritikmöglichkeit:** Sie darf Behauptungen anderer Teilnehmer*innen unter Angabe von Gründen hinterfragen.
- **Glaubwürdigkeit, Authentizität:** Sie darf und soll sich ehrlich, nach bestem Wissen und Gewissen und unverstellt äußern.
- **Herrschafsfreiheit, Gleichberechtigung:** Niemand darf durch Zwang oder Repression innerhalb oder außerhalb der Fallberatung daran gehindert werden, die oben genannten Regeln wahrzunehmen.

3. Datenschutz und Schweigepflicht

Alle bei der KEF Anwesenden sind über die Datenschutzverordnung (DSGVO Art. 9 ff.) hinausgehend strafrechtlich **zur Verschwiegenheit** im Sinne der gesetzlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) **verpflichtet**.

Fallgeber*innen achten sowohl bei der Verschriftlichung als auch während ihrer Ausführungen darauf, dass der Fall anonymisiert dargestellt wird. Mit der Eingabe Ihres Falls **willigen sie darin ein, dass ggf. der Fall in anonymisierter Form auch als Fallspende** zur Verfügung gestellt wird.

Protokollant*innen verpflichten sich, das Protokoll im Anschluss der Erstellung **vor der weiteren Verwendung als Fallspende der Fallgebenden vorzulegen, um die Anonymisierung zu sichern** und evtl. Rückschlüsse auf am Fall beteiligte Personen auszuschließen.

Alle personenbezogenen Daten werden nach der KEF vernichtet.

4. Vorbemerkungen zum Praxisformat „Prüfung einer moralisch strittigen Handlung“

Beim Praxisformat wird eine **maximale Beratungsdauer von 120 Min.** ☰ mit einer **Pause von 10 Min.** angestrebt. Folgende Voraussetzungen sind hierbei zu beachten:

- a) Beim Praxisformat sollten **5 bis max. 7 Personen** an der Fallberatung teilnehmen.
- b) Die Fallgeber*innen haben ihren **Fall bereits verschriftlicht** und eine **Priorisierung** der zu beratenden ethischen Problemlage vorgenommen bzw. als **Anlass geklärt, dass eine bestehende oder erwägte Handlung mittels der moralischen Intuition als „ungut“ empfunden wird und daher im Rahmen einer Prinzipienprüfung mit einem Blick auf „bessere“ Optionen näher begutachtet werden soll**. Dieser Schritt kann auch in einer vorgelagerten KEF mit Fokus auf eine Bestimmung von ethischen Problemlagen oder im Rahmen einer Ethiksprechstunde geleistet werden sein.
- c) Das Praxisformat der KEF orientiert sich an einem Modell zur ethischen Fallbesprechung als Einzelfallverfahren aus EPOS sowie dem Basisleitfaden der KEF. Aus Zeitgründen bedarf es im Praxisformat einer **Verständigung auf Reduktion**, so dass bei der Phase der Fallwahrnehmung, der Suche nach Handlungsoptionen sowie der Prüfung mittels der Prinzipien auf längere Diskurse bewusst verzichtet wird und die **Berater*innen primär auf ihre aktuell abrufbare ethische Urteilskraft bzw. sittlich-praktische Weisheit (Phronesis) zurückgreifen** – die hierzu vorhandenen Lehrbriefe von Leupold können bestenfalls als „Spickzettel“ genutzt werden.
- d) Zur Verbesserung der Orientierung und Entscheidungsvorbereitung werden auch **Skalierungen** und **Beratungsmethoden** aus der kollegialen Beratung **eingesetzt**.
- e) Alle Teilnehmenden der KEF im Praxisformat akzeptieren demzufolge einen **niedrigeren Grad an reflektierender Tiefe** sowie ein **höheres Maß an Ungewissheit**, insbesondere in Bezug auf fallbezogenes Faktenwissen.

| 5. Prozess der KEF als Praxisformat | |
|---|--|
| A) Fallwahrnehmung inkl. Resonanzrunde (max. 20 min)  Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Beratungsmethode: Resonanzrunde | <p>Teil A: Fallschilderung (max. 10 Min.) Teilnehmer*innen lesen die Fallvignette, Fallgeber*in schildert die strittige Handlung inkl. des Auftrages (Prüfung einer fraglichen Handlung oder Suche nach einer bestmöglichen Handlung) und geht ggf. auf Verständnisfragen ein.</p> <p>Teil B: Resonanzrunde (max. 10 Min.) Fragen: Was löst die Fallerzählung mit der moralischen Unsicherheit bei mir an Gedanken, Gefühlen und inneren Reaktionen aus? Wie habe ich innerlich reagiert, als ich der Falldarstellung zuhörte? Was habe ich bei der Fallgebenden wahrgenommen?</p> <p>Berater*innen beschreiben ihre Resonanz, Fallgeber*in hört aktiv zu und kann Verständnisfragen stellen</p> <p>Moderation beendet die Resonanzrunde, indem sie den/die Fallgeber*in fragt: Was hat Dich angesprochen? Was hat Dich berührt oder herausfordert oder interessiert? Was hat Dich erschreckt oder geängstigt? Was ist Dir klarer geworden, was hat Dich verwirrt?</p> |
| B) Suche nach Handlungsoptionen (max. 15-20 min)  Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Chat nutzen für Brainstorming, Beratungsmethode: Blitzlicht für kriteriengeleitete Reduzierung auf eine Option mit Nutzung des Anhangs | <p>Teil A: (max. 10 min) Brainstorming aller Beteiligten, insbesondere Berater*innen, Maximal 7 Handlungsoptionen</p> <p>Teil B: (max. 10 min) Verständigung auf eine weitere Option neben der strittigen aus der Fallvignette mittels Reduktion durch folgende Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechtliche Perspektive (Ist die jeweilige Option gesetzeskonform?) • Perspektive fachliche Wirksamkeit, Evidenz (Besteht eine begründete Aussicht auf Wirksamkeit für die jeweilige Option?) • Institutionelle Perspektive (Ist die jeweilige Option institutionell realisierbar?) • Persönliche Perspektive, Selbstkenntnis (Ist die jeweilige Option mit den persönlichen Präferenzen vereinbar?) |
| C) Bewertung der Optionen mittels der vier Prinzipien mittlerer Reichweite (10-15 min pro Prinzip)  Moderationshinweis: Leitfäden zur Kohärenzprüfung im Anhang nutzen mit Methode Skalierung und kurze Kommentare | <p>Kohärenzprüfung der Optionen mittels Autonomieprinzip, Fürsorgeprinzip, Nichtschadensprinzip und Gerechtigkeitsprinzip</p> <p>Abschließende Darstellung der Ergebnisse mit den jeweiligen skalierten Zahlenwerten für die Handlungsoptionen</p> |

| | |
|--|---|
| D) Urteilsvorbereitung (10 min)  Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Hier eignet sich der Einsatz der Beratungsmethode Blitzlicht | <p>Abschließende Einschätzung von allen, wie gut die jeweilige Handlung moralisch begründbar ist und was daraus aus deren Sicht folgt. Ist eine der beiden Optionen deutlich wählenswerter? Gilt es ggf. weiteres zu bedenken?</p> <p>Ggf. Übelabwägung: Welche Option führt in der Umsetzung voraussichtlich zum geringsten Übel. (→ „Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung“ n. Gruber)</p> <p>Ggf. Suche nach einem Konsens:</p> <ul style="list-style-type: none"> Auswahl einer <i>abwägungsbasierten und konsensfähigen Lösung</i> (Lösung wählen, der alle zustimmen können). Ist ein Konsens unmöglich, wird ein <i>Kompromiss</i> angestrebt. Bei nicht auflösbarem Konflikt: Abstimmung/Wahl eines Entscheidungsmodus (z. B. einfache/qualifizierte Mehrheit). |
| E) Urteilsentscheid (5 min)  | <p>Fallgeber*in äußert sich, welche Handlungsidee aus welchen Gründen priorisiert wird und wie sie die Fallberatung im Hinblick auf ihren Anlass beurteilt.</p> |

6. Leitfäden zur prinzipiengeleiteten Kohärenzprüfung

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---|---------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| A) Autonomie i.S. Achtung eines freien Willens eines Subjektes (Befähigung Willens- und Handlungsfreiheit bei Fürsorge) (10-15 min)  Beratung, inwiefern die Option mit dem Autonomieprinzip vereinbar ist mit abschließender Skalierung von 3 (sehr hohe Kohärenz), 2 (hohe K.), 1 (niedrige K.), 0 (keine K.) und Angabe der jeweils wichtigsten Gründe. Ablauf: <ol style="list-style-type: none"> Offener Austausch von Gründen zur Kohärenz Personliche Einschätzung Grund + Skalierung <p>Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Ermutigen, eigene Gründe zu benennen Blitzlicht Skalierung, kurzer Kommentar zum wichtigsten Grund in Chat; Spickzettel Lehrbrief Autonomie, Leupold</p> | <p>Option 1:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="727 1260 1330 1343"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>Zahlenwert aller Einschätzungen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar: Bspw. „Ich habe mich für die Skalierung 0 entschieden, da m.E. ein freier Wille vorliegt und die sozialberufliche Handlung diesen missachtet“ oder „Ich habe mich für die Skalierung 2 entschieden, da die sozialberufliche Handlung den geäußerten Willen beachtet, ich aber den Eindruck habe, dass der geäußerte Wille zwar weitgehend, aber nicht gänzlich freiwillig zustande gekommen ist.“</p> <p>Option 2:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="727 1709 1330 1792"> <tr> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>Zahlenwert aller Einschätzungen</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar im Chat:</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>B) Fürsorge mit Fokus auf Übel vermeiden, Übel lindern und Gutes tun</p> <p>(10-15 min) </p> <p>Beratung, inwiefern die Option mit dem Fürsorgeprinzip vereinbar ist mit abschließender Skalierung von 3 (sehr hohe Kohärenz), 2 (hohe K.), 1 (niedrige K.), 0 (keine K.) und Angabe der jeweils wichtigsten Gründe.</p> <p>Ablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offener Austausch von Gründen zur Kohärenz 2. Persönliche Einschätzung Grund + Skalierung <p>Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Ermutigen, eigene Gründe zu benennen</p> <p>Blitzlicht Skalierung, kurzer Kommentar zum wichtigsten Grund in Chat; Spickzettel Lehrbrief Fürsorge, Leupold</p> | <p>Option 1:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="720 467 1330 557"> <thead> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>Zahlenwert aller Einschätzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar: Bspw. „Ich habe mich für die Skalierung 3 entschieden, da für mich eine bedeutsame Kohärenz der sozialberuflichen Handlung im Hinblick ‚Gutes fördern‘ i.S. von Zugehörigkeit fördern vorliegt.“</p> <p>Option 2:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="720 887 1330 977"> <thead> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>Zahlenwert aller Einschätzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar im Chat:</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | |
|--|---|---|---|---------------------------------|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|---|---|---|---|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>C) Nichtschaden mit Orientierung an Meslin</p> <p>(10-15 min) </p> <p>Beratung, inwiefern die Option mit dem Nichtschadensprinzip vereinbar ist mit abschließender Skalierung von 3 (sehr hohe Kohärenz), 2 (hohe K.), 1 (niedrige K.), 0 (keine K.) und Angabe der jeweils wichtigsten Gründe.</p> <p>Ablauf:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Offener Austausch von Gründen zur Kohärenz 2. Persönliche Einschätzung Grund + Skalierung <p>Moderationshinweis: Zeitwächterfunktion beachten Ermutigen, eigene Gründe zu benennen</p> <p>Blitzlicht Skalierung, kurzer Kommentar zum wichtigsten Grund in Chat; Spickzettel Meslin Lehrbrief Nichtschaden, Leupold</p> | <p>Option 1:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="720 1313 1330 1403"> <thead> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>Zahlenwert aller Einschätzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar: Bspw. „Ich habe mich für die Skalierung 0 entschieden, da für mich eine bedeutsame mangelnde Kohärenz der sozialberuflichen Handlung nach Meslin im Hinblick auf einen erheblichen Schaden i.S. der psychischen Integrität vorliegt.“</p> <p>Option 2:</p> <p>Ergebnis der Skalierung:</p> <table border="1" data-bbox="720 1711 1330 1801"> <thead> <tr> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>Zahlenwert aller Einschätzungen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar im Chat:</p> | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**D) Gerechtigkeitsprinzip,
v.a. Perspektive Dritter
und deren berechtigte
Ansprüche**

(10-15 min) 

Beratung, inwiefern die Option mit dem Gerechtigkeitsprinzip vereinbar ist mit abschließender Skalierung von 3 (sehr hohe Kohärenz), 2 (hohe K.), 1 (niedrige K.), 0 (keine K.) und Angabe der jeweils wichtigsten Gründe.

Ablauf:

1. Offener Austausch von Gründen zur Kohärenz
2. Persönliche Einschätzung Grund + Skalierung

Moderationshinweis:

Zeitwächterfunktion beachten, Ermutigen, eigene Gründe zu benennen

Blitzlicht Skalierung, kurzer Kommentar zum wichtigsten Grund in Chat; **Spickzettel Lehrbrief Gerechtigkeit, Leupold**

Option 1:

Ergebnis der Skalierung:

| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen |
|---|---|---|---|---------------------------------|
| | | | | |

Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar:

Bspw. „Ich habe mich für die Skalierung 1 entschieden, da das Hausverbot meines Erachtens in keinem ausgewogenen Verhältnis zum Schweregrad des Vergehens steht.“

Option 2:

Ergebnis der Skalierung:

| 0 | 1 | 2 | 3 | Zahlenwert aller Einschätzungen |
|---|---|---|---|---------------------------------|
| | | | | |

Ergebnis Angabe der jeweils wichtigsten Gründe für die Einschätzung als kurzer Kommentar im Chat:

E) Abschließende Darstellung der Kohärenzprüfung

Allen Teilnehmer*innen wird als Überleitung zur nächsten Phase der Fallreflexion das Ergebnis der Skalierung gezeigt bzw. mitgeteilt.

Information über Maximalwerte zur Orientierung:

- 2 Berater*innen: 24
- 3 Berater*innen: 36
- 4 Berater*innen: 48
- 5 Berater*innen: 60
- 6 Berater*innen: 72
- 7 Berater*innen: 84

Option 1:

Ergebnis der Skalierung:

| Nicht-schaden | Fürsorge | Autonomie | Gerechtigkeit | Gesamtwert |
|---------------|----------|-----------|---------------|------------|
| | | | | |

Option 2:

Ergebnis der Skalierung:

| Nicht-schaden | Fürsorge | Autonomie | Gerechtigkeit | Gesamtwert |
|---------------|----------|-----------|---------------|------------|
| | | | | |

Anhang „Suche nach Optionen“ – kriteriengeleitete Reduktion:

Moderationshinweis:

Zeitwächterfunktion beachten! Schrittweises Scannen aller Optionen („ja oder nein, ggf. Fragezeichen“ zu den jeweiligen Perspektiven) mit Blitzlicht sowie abschließende Einschätzung, welche neben der strittigen Handlung geprüft werden soll. Somit kommen Handlungsoptionen mit „4x ja“ auf jeden Fall in Frage. Sollten mehrere diese Bewertung erhalten, präferiert die Fallgebende diejenige, die geprüft werden soll. Mit Angabe von Gründen können Fallgebende auch eine Option auswählen, die davon abweicht.

Sollte eine Option offensichtlich gesetzeswidrig sein und/oder sich institutionell nicht realisieren lassen, kann aus Praktikabilitätsgründen auf die Prüfung der übrigen Kriterien verzichtet werden, um Zeit zu sparen.

Verständigung auf **eine** weitere **Option neben der strittigen aus der Fallvignette** mittels Reduktion durch folgende Kriterien:

- Rechtliche Perspektive 

Ist die jeweilige Option gesetzeskonform?

- Institutionelle Perspektive 

Ist die jeweilige Option institutionell realisierbar?

- Perspektive fachliche Wirksamkeit, Evidenz 

Besteht bzgl. der jeweiligen Option eine begründete Aussicht auf ihre fachliche Wirksamkeit?

- Persönliche Perspektive, Selbstkenntnis 

Lässt sich die jeweilige Option mit den persönlichen Präferenzen wie z.B. den eigenen Kompetenzen vereinbaren?

| Handlungsoptionen |  |  |  |  |
|-------------------|--|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Leitfaden für die Güter- und Übelabwägung

I. Allgemeine Regeln

Elementarprinzip:

„Unter ansonsten gleichen Bedingungen (*ceteris paribus*) ist stets das wichtigste zur Wahl stehende Gut oder das geringste mögliche Übel zu wählen.“
(Horn in Handbuch Ethik 2006: S. 391)

Elementarprinzip bei moralischen Dilemmata und moralischen Konflikten:

„Vor zwei miteinander konkurrierende, einander ausschließende Werte gestellt, hat der Mensch zu prüfen, welcher von beiden den Vorzug verdient und den handelnd zu verwirklichen.“
(Gruber 2009: S. 191)

II. Kasuistisches Procedere „Leitlinien-Ansatz“

Für prototypische und wiederkehrende Fallsituationen werden ethische Leitlinien erstellt.

III. Regelgeleitetes Procedere

Mit Hilfe von plausiblen rationalen Regeln wird in einer konkreten Fallsituation das höhere Gut bzw. geringere Übel prüfend ermittelt.

Folgende Regeln könnten hierfür verwendet werden:

| Übelabwägung i.S. Suche nach dem geringeren Übel | Güterabwägung i.S. Suche nach dem höheren Gut |
|--|--|
| Kurzfristig vor langfristig | Ranghöhere vor niedrigeren (setzt allerdings eine ethische Gütertheorie i.S. Grundgüter-Basisgüter oder Menschenrechte vor allen anderen oder Grundbedürfnisse-sekundäre Bedürfnisse-tertiäre Bedürfnisse voraus) |
| Einmalig vor wiederkehrend | Dringlichkeit vor Ranghöhe (Basisgüter haben Vorrang, insofern diese als Bedingung für anderen Güter vorausgesetzt werden müssen) |
| Weniger folgenreich dem konsequenzreicherem; v.a. Eingriffstiefe in körperliche + seelische Verfassung | Schadensprophylaxe vor Schadensreparatur |
| Wenige Betroffene vor viele/mehrere | Lebensrettende Maßnahmen vor wirtschaftliche |
| Reversible vor irreversible | Allgemeinwohl vor Eigenwohl unter Beachtung der Menschenwürde des Einzelnen |
| Das mit weniger Wahrscheinlichkeit eintretende dem wahrscheinlicheren | Effizientere vor weniger effizientere |

IV. Ausgewählte Theorien für die Begründung von Regeln zur Güter- bzw. Übelabwägung

| Übelabwägung | Güterabwägung |
|---|--|
| <p>Theorie des angemessenen Grundes</p> <p>Ausgangsfrage: Was kann ein angemessener Grund für die Inkaufnahme einer üblichen Nebenwirkung sein, sei diese nun direkt oder auch nur indirekt gewollt?</p> <p>Generelles Abwägungsprinzip: „Die Inkaufnahme eines bestimmten Übels, das zur Erreichung eines an sich guten Ziels unabdingbar ist, ist dann gerechtfertigt beziehungsweise kann toleriert werden, wenn die als solche nicht um seiner selbst willen intendierte negative Nebenwirkung in ihren üblichen Folgen geringer ist als die üblichen Folgen, die aus dem Unterlassen der Handlung und ihrem primär angestrebten Zweck entstehen würden.“ (Gruber 2009: S. 198)</p> <p>Kurzfassung: „Ein Tun, das einem sittlich guten Ziel dienen soll, ist ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn die mit ihm verknüpften negativen Nebenwirkungen auf das jeweils geringstmögliche Maß gebracht werden.“ (Gruber 2009: S. 200)</p> <p>Beispiel: “Während einer zunächst normal verlaufenden Geburt kam es zu unvorhergesehenen Komplikationen. Das Kind war bereits in den Geburtskanal eingetreten, blieb jedoch während der Austreibungsphase stecken, weil sein Kopf zu groß war. Die Mutter hatte bereits sehr viel Blut verloren und drohte zu kollabieren. Auch der Pulsschlag des Kindes wurde immer schwächer. Ein Kaiserschnitt war nicht mehr möglich. Der Arzt musste innerhalb kürzester Zeit eine Entscheidung treffen. Er stand vor der Wahl, nichts zu tun und damit beide, Mutter und Kind, sterben zu lassen oder zumindest das Leben der Mutter zu retten. Dies ging allerdings nur, indem er den Schädel des Kindes zertrümmerte. Für das Kind selbst gab es aufgrund der Umstände keine Rettung.“ (Gruber 2009: S. 199)</p> | <p>Bekannteste ethische Theorien</p> <p>Utilitaristische Theorien: Rang eines Gutes ergibt sich nach Maßgabe des mit ihm verbundenen (hedonistischen) Nutzens aller Handlungsbetroffenen, vermindert um die mit ihm verbundenen Nachteile.</p> <p>Deontologische Theorien: Moralische Güter (z.B. Menschenwürde) setzen sich stets gegen alle anderen Aspekte durch.</p> <p>Bedürfnistheorien: Priorisierungen auf der Basis von empirischen oder empirienahen Theorien menschlicher Grundbedürfnisse mit entsprechenden Güterlisten.</p> <p>Aristotelische Modelle: Gütertheorien, welche auf der Basis epochaler und kultureller Invarianten menschliche Grundfähigkeiten formulieren, deren Erfüllungsgrade ethisch relevant sind.</p> <p>Kohärentistische Modelle: Grundannahme, dass es zwar allgemein anerkannte ethische Prinzipien gibt (bspw. auf der Basis von „common sense“ oder diskursethisch), allerdings keine festgelegte Präferenzordnung von Normen, Werten und Prinzipien vorliegt. Es muss stets situationsspezifisch entschieden werden, welchem Wert jeweils Vorrang zu geben ist, indem eine Widerspruchsfreiheit (Kohärenz) zwischen den jeweils relevanten Prinzipien sowie den moralischen Intuitionen des Handelnden angestrebt wird.</p> |

LEITFADEN

TYPOLOGIE ETHISCHER PROBLEMLAGEN

- PHASE A) WAS IST DAS ETHISCHE PROBLEM? Version 2.2-

1. Prolog

Der Weg vom intuitiven Erfassen zu einem fundierten Verstehen ethischer Problemlagen in der sozialen Praxis verläuft, analog zum fachwissenschaftlichen Befund, über ein entsprechendes Können auf der Basis eines Wissens, welches als analytisches Beschreibungswissen bezeichnet werden kann. In fachwissenschaftlichen Kontexten bezeichnet man das sachgerechte Identifizieren von Fallsituationen als diagnostisches Urteilsvermögen; übertragen auf ethische Angelegenheiten benötigt man ein spezifisches analytisches Urteilsvermögen, um ethische Problemlagen so zu ermitteln, dass sie für die ethische Urteilsbildung bestmöglich zugänglich gemacht werden. Die ethische Reflexion hat hierbei eine analytische Aufgabe und dient der Aufklärung. Nicht immer ist zu Beginn einer Fallberatung hinreichend klar, um welche Art von ethischer Problemlage es sich handelt. Die Feststellung eines bestimmten Typus von ethischen Problemlagen als Ergebnis einer ethischen Reflexion hat hierbei keineswegs nur einen aufklärenden Wert, da es die evaluativen Reflexionen entscheidend vorbereitet, bisweilen schon einen Teil von Lösungsansprüchen vorzeichnet, etwa beim Vorliegen moralischer Dilemmata. Diesem Anliegen folgend beabsichtigen die angestellten konzeptionellen Überlegungen zu typischen ethischen Problemlagen, Ratsuchende darin zu unterstützen, ihre ethischen Anliegen im Sinne einer ersten Bestandsaufnahme wirkungsvoll für den weiteren Beratungsprozess zu präzisieren. Die Entwicklung von Typen ethischer Problemlagen folgt hierbei einer klassifikatorischen Logik, fungiert allerdings in erster Linie als Orientierungshilfe zur Rekonstruktion intuitiv erlebter Unsicherheiten. Idealerweise werden die vorgestellten Typen im Dialog der Ratsuchenden auf die, das moralische Unbehagen erzeugenden, Fallkonstellation solange bezogen, bis sich bei allen Beteiligten ein Verstehen mittels gemeinsam geteilter Begriffe einstellt. Das ethisch Bedenkenswerte wird mittels gemeinsam geteilter Kategorien in seiner jeweiligen typologischen Verfasstheit bestimmt und somit in einem engeren Sinne von den Beteiligten verstanden. Dieser hermeneutische Prozess erfordert von den Ratsuchenden ein Mindestmaß an dialogischen Fähigkeiten, vornehmlich die Bereitschaft sowie das Vermögen der Einnahme verschiedener Perspektiven auf das jeweils Strittige, sowie eine grundsätzliche Verständigungsbereitschaft in Abgrenzung zu moralischer „Rechthaberei“.

2. Typologie ethischer Problemlagen

| | |
|---|--|
| Moralische Dilemmata <p>Für die sozialberufliche Praxis interessant ist Sellmaiers Unterscheidung in genuine und vermeintliche moralische Dilemmata: „Ein vermeintliches Dilemma ist eine Konfliktsituation, für die sich nach gründlicher Untersuchung und Bewertung eine moralische Lösung finden lässt“ (Sellmaier 2011: 46).</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Es bestehen moralische Forderungen für verschiedene, einander ausschließende Handlungsalternativen innerhalb einer (impliziten oder expliziten) Moraltheorie. 2) Mindestens zwei moralische Forderungen werden nicht durch eine übergeordnete moralische Forderung übertroffen, d.h. sie befinden sich auf der Ebene höchster Werte oder besitzen den Status gleichwertiger inhaltlicher Prinzipien. 3) Das Dilemma ist weder fahrlässig noch wissentlich durch Handelnde herbeigeführt worden, bspw. indem zwei sich ausschließende Versprechen gegeben wurden. 4) Handelnde können jede ausschlaggebende moralische Forderung an und für sich ausführen („Sollen impliziert ein Können“). 5) Handelnde können nicht zugleich allen bestehenden ausschlaggebenden moralischen Forderungen gerecht werden. <p>Besonders häufig sind in der sozialberuflichen Praxis moralische Dilemmata zwischen dem Autonomieprinzip und dem Fürsorglichkeitsprinzip sowie zwischen dem Autonomieprinzip und dem Prinzip des Nichtschadens zu erwarten.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Wohltätiger Zwang (Autonomie – Fürsorge) * Heinz-Dilemma (Leben retten – Nicht stehlen) |
| Moralischer Dissens <p>Die ethische Reflexion, welche moralischen Dissens identifiziert, klärt darüber auf, wie dieser sachgerecht beschrieben werden kann und eröffnet so ggf. eine Möglichkeit darüber nachzudenken, wie damit für alle Beteiligten bestmöglich umgegangen werden kann.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Es bestehen moralische Forderungen und/oder präskriptive Präferenzen für verschiedene, einander ausschließende Handlungsalternativen innerhalb verschiedener (impliziter oder expliziter) moralischer Überzeugungen in Bezug auf ein Gesolltes oder Gewolltes (ausführlich Krämer 1992: 75-126; Leupold 2007). 2) Jeweils eine moralische Forderung und/oder präskriptive Präferenz aus zwei verschiedenen moralischen Überzeugungen sind ausschlaggebend. 3) Die moralischen Forderungen und/oder präskriptiven Präferenzen beruhen auf Werteüberzeugungen, die einen Geltungsanspruch erheben und innerhalb der jeweiligen Moral begründet werden. 4) Handelnde können jede ausschlaggebende moralische Forderung und/oder präskriptive Präferenz ausführen. 5) Handelnde können nicht zugleich allen bestehenden ausschlaggebenden moralischen Forderungen und/oder präskriptiven Präferenzen gerecht werden. <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Hierarchie ethischer Prinzipien, z.B. Autonomie priorisiert * Privatmoral vs. Professionsmoral * Unterschiedliche Auffassungen von ethischen Prinzipien, z.B. Nichtschadensprinzip, Autonomieprinzip etc. |

| Typologie ethischer Problemlagen | |
|--|---|
| Moralische Konflikte | <p>1) Es besteht eine moralische Forderung sowie mindestens ein außermoralisches Interesse für verschiedene, einander ausschließende Handlungsalternativen.</p> <p>2) Die außermoralischen Interessen stellen ein Risiko bzgl. einer unangemessenen Einflussnahme auf die Umsetzung einer allgemein akzeptierten moralischen Forderung dar.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Orientierung an Sympathie/Antipathie vs. Professionsmoral * Orientierung an Eigeninteressen vs. Professionsmoral |
| Anwendungskonflikte | <p>1) Unbedingte Voraussetzung ist eine Verständigung über normative Ansprüche inkl. deren Kernbedeutungen, ansonsten handelt es sich ggf. um einen ethischen Dissens.</p> <p>2) Prinzipielle Ungewissheit über die für die moralische Bewertung relevanten empirischen gegenwärtigen sowie prognostizierten Sachverhalte.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Einwilligungsfähigkeit von Menschen mit einer aktuellen Psychose * Einschätzung und Abwägung übler Nebenfolgen |
| Bedrohungen der moralischen Integrität = fehlende Kohärenz zwischen moralischer Überzeugung sowie vollzogener Handlung/Unterlassung | <p>1) Klares Urteil, welche Handlung moralisch geboten bzw. verboten ist.</p> <p>2) Externe Hindernisse, die gebotene Handlung zu vollziehen bzw. die verbotene zu unterlassen.</p> <p>Beispiele:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Zeit- bzw. Personalmangel, z.B. nicht ausreichend bewilligte Fachleistungsstunden * unzureichende Ausstattung, z.B. kein Dienstfahrzeug, keine Räume für Einzelgespräche * schlecht abgestimmte Prozesse oder Kommunikationsmangel zwischen den zuständigen Professionellen |

Typologie ethischer Problemlagen

| | |
|--|--|
| Normenkonflikte – Professionsmoralische Normenkonflikte | <p>1) Es bestehen professionsethische Normen für verschiedene, einander ausschließende Handlungsalternativen innerhalb eines professionsmoralischen Normensystems.</p> <p>2) Handelnde können nicht zugleich allen bestehenden ausschlaggebenden moralischen Forderungen gerecht werden.</p> <p>Beispiel: „2.3 Die Professionsangehörigen wirken beim Beschaffen der für ihre Arbeit notwendigen Ressourcen mit. Mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen gehen sie sorgfältig und wirtschaftlich um. ... 2.6 Die Professionsangehörigen kooperieren mit Universitäten, Hochschulen, Fachschulen sowie Aus- und Weiterbildungsstätten. Studierende und Praktikanten_innen der Sozialen Arbeit werden neben dem Studium/der Ausbildung in der jeweiligen Praxis fachlich angeleitet“ (DBSH 2014: 33).</p> <p>Verteilung von Zeit für Anleitung von Praktikant*innen und Klient*innen</p> |
| Normenkonflikte zwischen verschiedenen Normensystemen | <p>1) Es besteht eine professionsethische sowie mindestens eine außerprofessionsmoralische Norm für verschiedene, einander ausschließende Handlungsalternativen.</p> <p>2) Die außerprofessionsmoralischen Normen stellen ein Risiko bzgl. einer unangemessenen Einflussnahme auf die Umsetzung einer professionsethischen Norm dar.</p> <p>Beispiele im Kontext der Mandate: * Institutionelle Normen: Hausordnungen, Betreuungsverträge * Gesellschaftliche Normen: Gesetze, Richtlinien von Behörden * Soziale Normen von Adressat*innen: „Sitten & Bräuche“, z.B. in Bezug auf Geschlechterrollen</p> |
| Normenkonflikte – Normenmangel | <p>Ratsuchende müssen für die Bearbeitung in besonders komplexen und schwerwiegenden sowie irreversiblen Handlungssituationen allein unter Bezugnahme auf Inhalte der ethischen Prinzipienebene zu moralisch vertretbaren Entscheidungen kommen.</p> <p>Beispiel: In niedrigschwierigen Angeboten der Suchthilfe mit Konsumräumen kommt es immer wieder dazu, dass drogenabhängige schwangere Frauen den Konsumraum nutzen, um dort Crack oder Heroin zu konsumieren. Angesichts eines Mangels an Normen i.S. einer Ethik-Leitlinie sind die Sozialprofessionellen in den jeweiligen Einrichtungen allein darauf angewiesen, für den Einzelfall mit Bezug auf allgemeine moralische Prinzipien ethisch verantwortungsvoll zu entscheiden sowie zu handeln.</p> |

Anhang 18: Matrix zur Prüfung der Handlungsideen anhand professionsmoralischer Prinzipien Sozialer Arbeit nach Deterra 2020 (Kap. 3.3.2)

Matrix zur Prüfung der Handlungsideen anhand professionsmoralischer Prinzipien Sozialer Arbeit
(siehe Punkt B) im Moderationsbogen

| Handlungsidee: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------------|---|---|---|---|---|
| Autonomie | | | | | |
| Fürsorge | | | | | |
| Nicht schaden | | | | | |
| Gerechtigkeit | | | | | |
| Solidarität | | | | | |
| Wirtschaftlichkeit | | | | | |

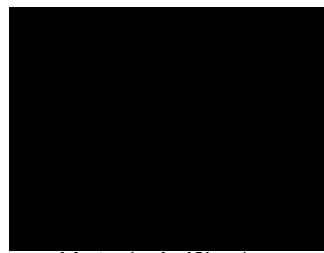
Handlungsideen:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind in allen Fällen unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Hamburg, 12.05.2025
Ort, Datum



Unterschrift