

Andreas Frewer (Ed.)

—

Ethical Competencies in Medicine
German and Global Perspectives

YEARBOOK ETHICS IN CLINICS (YEC)
JAHRBUCH ETHIK IN DER KLINIK (JEK)

VOLUME / BAND 17

2024

Herausgeber

Andreas Frewer, Erlangen (Medizinethik, Medizingeschichte)

Wissenschaftlicher Beirat

Florian Bruns, Dresden (Medizingeschichte, Medizinethik)

Alena M. Buyx, München (Medizinethik, Philosophie)

Tanja Krones, Zürich (Bioethik, Soziologie)

Georg Marckmann, München (Medizinethik, Gesundheitsökonomie)

Martin Mattulat, Göttingen (Neurologie, Medizinethik)

Marianne Rabe, Berlin (Pflege, Medizinethik)

Kurt W. Schmidt, Frankfurt a.M. (Theologie, Medizinethik)

Struktur

I. Schwerpunkt

Originalarbeiten zu Grundlagen und Umsetzung der Ethik in der Klinik

II. Forum

Aufsätze, Essays und Übersichtsbeiträge als Impulse für Forschung
und Praxis

III. Diskussion

Darstellung von Fällen, Argumentationsformen und Diskursprozessen

IV. Rezensionen

Besprechungen von Büchern zur Ethik in der Klinik und Ethikgremien

V. Dokumentation

Berichte, Leitlinien, Gesetzentwürfe, Grundlagentexte

Ethical Competencies in Medicine German and Global Perspectives

Edited by
Andreas Frewer

Königshausen & Neumann

Gedruckt mit freundlicher Unterstützung von

Professur für Ethik in der Medizin
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Josef und Luise Kraft-Stiftung München
Graduiertenkolleg „Menschenrechte und Ethik in der Medizin für Ältere“
World Health Organization (WHO)

Die vorliegende Publikation ist gemäß den Bedingungen der internationalen Creative-Commons-Lizenz Namensnennung 4.0 International (CC BY 4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>) lizenziert, die die Nutzung, gemeinsame Nutzung, Anpassung, Verbreitung und Vervielfältigung in jedem Medium oder Format erlaubt, solange Sie den:die ursprüngliche:n Autor:in bzw. die ursprünglichen Autor:innen und die Quelle in angemessener Weise anführen, einen Link zur Creative-Commons-Lizenz setzen und etwaige Änderungen angeben.



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2025

Verlag Königshausen & Neumann GmbH

Leistenstraße 7 | 97082 Würzburg | info@koenigshausen-neumann.de

Covergestaltung: Dr. Markus Heinlein

Umschlagabbildung: SDI Productions: Medizinisches Team; ID: 1490982229 © istockphoto.com

Alle Rechte vorbehalten

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Druck: Sowa Sp. z o.o., Piaseczno, Polen
Printed in the EU

ISBN 978-3-8260-9180-3

eISBN 978-3-8260-9181-0

<https://doi.org/10.36202/9783826091810>

www.koenigshausen-neumann.de

www.ebook.de

www.buchhandel.de

www.buchkatalog.de

Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen und ihr Beitrag zur Medizinethik

1. Einleitung

„Was soll die Rolle der Philosophie in der Medizinethik sein?“¹ Mit dieser Frage beginnt Thomas Schramme das Editorial von *Ethik in der Medizin* zu seinem Antritt als Schriftleiter der Zeitschrift. Auch wenn er selbst Philosoph ist und zu verschiedenen medizinethischen Themen erfolgreich publiziert hat,² fällt seine Antwort zunächst ernüchternd aus: Der Philosophie sei „es einfach nicht gelungen, dem gesellschaftlichen Auftrag nachzukommen, relevante ethische Expertise zu vermitteln. Heute gilt das genuin philosophische Herangehen an medizinethische Fragen [...] weithin als nutzlos.“³ Obwohl sich mit dem Aufkommen bioethischer Fragestellungen durch moderne medizinische Technologien im 20. Jahrhundert ein neues, reales Betätigungsfeld für die Philosophie aufgetan habe, sei sie weder gesellschaftlichen Erwartungen gerecht geworden, noch konnte sie sich aus der Enge metaphysischer Analysen befreien.

In meinem Beitrag möchte ich Schrammes Eingangsfrage aufgreifen, sie jedoch weiter präzisieren: Kann die Philosophie zur Lösung medizinethischer Herausforderungen und Probleme beitragen? Wenn ja, welche philosophischen Kompetenzen sind hierbei relevant? Und, wenn wir die Medizinethik als eine angewandte Wissenschaft verstehen,⁴ stellen sich folgende Anschlussfragen: Sind diese Kompetenzen auch hinsichtlich der Verbesserung der Handlungspraxis in der Medizin nützlich? Kann der Erwerb philosophischer Kompetenzen auch für

1 Vgl. Schramme (2016), S. 263.

2 Dazu zählen beispielsweise die Themen assistierter Suizid, siehe Schramme (2023), und Zwang in der Psychiatrie, siehe Schramme (2013). Einige Arbeiten fallen eher in den Bereich der Philosophie der Medizin, u.a. zu den Zielen der Medizin, siehe Schramme (2017), oder dem Krankheitsbegriff, siehe Schramme (2021).

3 Vgl. Schramme (2016), S. 264.

4 Vgl. Salloch et al. (2016), S. 269.

Praktiker:innen bereichernd sein, die sich mit dem vorrangigen Ziel in Medizinethik fortbilden, moralischen Herausforderungen und Konflikten im Berufsalltag auf ethisch angemessene Weise zu begegnen?

Meines Erachtens ist die Rede von der realitätsfernen Philosophie, die sich in Randdebatten verliert, gerade im Bereich der Medizinethik heute weitgehend überholt, auch weil in den letzten Jahren viele exzellente philosophisch-konzeptionelle Arbeiten zu medizinethischen Themen veröffentlicht wurden. In meinem Beitrag werde ich zwei von ihnen ausführlicher vorstellen, um aufzuzeigen, 1.) welche Kompetenzen die Autor:innen in der Bearbeitung medizinethischer Themen zeigen, und 2.) wie sie hierdurch zur Verbesserung der Handlungspraxis beitragen können. Letzteres möchte ich anhand von Fallbeispielen demonstrieren.

Hierbei interessiert mich nicht nur, welche genuin philosophischen Kompetenzen diesem anwendungsorientierten Bereich der Ethik dienlich sind, sondern auch, welche philosophischen Kompetenzen sinnvollerweise im Rahmen von Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen für Angehörige der Gesundheitsberufe vermittelt werden sollten. Während die „großen“ Themen der Bioethik von Anfang an von der Philosophie als ihr Tätigkeitsbereich erkannt wurden (etwa die Bewertung neuer Technologien oder Gerechtigkeitsfragen) und diese wesentlich zur Etablierung der Bioethik als einem eigenständigen Fach beigetragen hat,⁵ liegen die Ursprünge der Ethik der Medizin (im Sinne der Ausübung der Heilkunde), der klinischen oder ärztlichen Ethik in der Professionsethik der Ärzteschaft.

Mit meinem Beitrag möchte ich nicht nur den Stellenwert der Philosophie in der Medizinethik hervorheben, sondern auch explizieren, worin er gründet. Vor der Analyse der beiden Arbeiten werde ich auf das Verständnis von „Kompetenz“ eingehen, auf das ich mich im Folgenden stützen werde. Nach der Analyse werde ich die herausgearbeiteten Kompetenzen in Tabellenform zusammenfassen und anschließend auf Chancen und Herausforderungen mit Blick auf ihre Vermittlung im Rahmen berufsbegleitender Medizinethik-Weiterbildungen eingehen.

2. Der Kompetenzbegriff

In der Hochschuldidaktik wird häufig das Kompetenzverständnis von Franz Weinert zugrunde gelegt, auf das auch ich mich beziehe:

„Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen

5 Siehe Holm (2022).

motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können.“⁶

Für die Definition philosophischer Kompetenzen ist es zudem hilfreich, auf die Philosophiedidaktik zurückzugreifen.⁷ Insbesondere der konstruktivistisch-kompetenzorientierte Ansatz Michel Tozzis zeigt große Übereinstimmung mit dem, was sich aus der folgenden Analyse philosophischer Kompetenzen ergeben wird. Nach Tozzi sind drei philosophische Grundfertigkeiten zu unterscheiden: 1.) Aussagen, Begriffe oder Fragen *problematisieren*, 2.) Begriffe und begriffliche Unterscheidungen *konzeptualisieren*⁸ und 3.) rational *argumentieren*. Diese Grundfertigkeiten sind interdependent.⁹ Gewinnt man etwa aus einer Begriffsdefinition eine Konzeptualisierung, so muss man diese auch begründen können. In der Anwendung der Grundfertigkeiten sollen Schüler:innen dann die Kompetenz erwerben, philosophisch zu lesen, zu schreiben und zu diskutieren: Sie sollen befähigt werden, philosophische Probleme in einem Text zu identifizieren und auf diese philosophisch zu reagieren; im Text enthaltene Begriffe zu analysieren, zu argumentieren und in der Diskussion ihre Vernunft einzusetzen sowie begründete Lösungen zu entwickeln.

Mögliche Überschneidungen zwischen Tozzis Ansatz und den Ergebnissen der folgenden Analyse gründen in meinem Fokus auf philosophisch-*konzeptionellen* Kompetenzen, also Kompetenzen, die vor allem für die Analyse von Begriffen, Konzeptionen¹⁰ und Theorien benötigt werden. Fraglos umfasst die Philosophie verschiedene Bereiche, in denen unterschiedliche Kompetenzen auch unterschiedlich relevant sind – hierauf genauer einzugehen, würde den Umfang des vorliegenden Beitrags sprengen. Unabhängig davon ließe sich einwenden, dass es sich bei den von Tozzi aufgezeigten Kompetenzen nicht um genuin philosophische Kompetenzen handle, da diese in anderen Disziplinen gleichermaßen von Bedeutung sind, etwa in der Soziologie oder den Politikwissenschaften. In diese Richtung deutet auch die Kritik von Karel van der Leeuw und Pieter Mostert,¹¹

6 Vgl. Weinert (2001a), S. 27.

7 Vgl. Pfister (2022), S. 192-200.

8 Mit „Konzeptualisieren“ ist hier das Beginnen eines Denkprozesses gemeint, dessen Ziel es ist, „Begriffsdefinitionen und begriffliche Unterscheidungen zu entwickeln“. Vgl. Pfister (2022), S. 194.

9 Ebd., S. 194-196.

10 Unter einer Konzeption wird im philosophischen Kontext gewöhnlich der inhaltliche oder theoretische Gehalt verstanden, der einem Begriff oder einer Idee zugeschrieben wird. Im Deutschen wird in Anlehnung an das englische Wort „concept“ häufig auch der Begriff „Konzept“ gebraucht. Ich verwende die beiden Begriffe im Folgenden synonym.

11 Vgl. Pfister (2022), S. 196-199.

die einen alternativen kompetenzorientierten Ansatz für den Philosophieunterricht entwickelt haben (auch als „lehrtheoretisch“ bezeichnet).¹² Ihnen zufolge lassen sich keine allgemeinen philosophischen Verfahren oder Lösungsstrategien identifizieren. Philosophische Kompetenz bestehe vielmehr im „Vermögen, philosophische Probleme zu lösen“¹³ und darin, eine Empfängnis für die spezifischen Probleme des Fachs zu entwickeln. Auch wenn diese Definition durch ihre Einfachheit attraktiv erscheint, ist sie weitgehend nutzlos, solange nicht hinreichend klar ist, was mit einem „philosophischen Problem“ gemeint ist. Die Frage, was ein philosophisches Problem ist, ist selbst Gegenstand der Philosophie und daher nicht in einem Nebensatz zu beantworten. Zudem gibt es sehr unterschiedliche Bereiche der Philosophie, die sich mit unterschiedlichen Problemen befassen – sie können beispielsweise logischer, erkenntnistheoretischer oder moralphilosophischer Natur sein.

Sabine Salloch et al. zufolge unterscheiden sich ethische Probleme von anderen Problemen dadurch, dass sie entweder nach dem *evaluativ Guten* fragen, oder versuchen, die Frage nach dem *normativ Richtigen* zu beantworten. Anhand von zwei Situationen lassen sich gemäß den Autor:innen außerdem zwei unterschiedliche Typen ethischer Probleme differenzieren: Sie entstehen entweder aus Situationen, die durch ein offensichtliches ethisches Defizit oder Fehlverhalten gekennzeichnet sind, oder durch solche, die eine Unsicherheit bezüglich der ethisch angemessenen Handlungsweise beinhalten.¹⁴ Medizinethische Probleme seien häufig „tatsächliche, lebenspraktische Herausforderungen“,¹⁵ deren Lösung konkrete Handlungsempfehlungen erfordere.

Wie sich anhand der beiden ausgewählten Beiträge zeigen wird, kann die Lösung eines Problems auf konzeptioneller, begrifflicher oder sprachphilosophischer Ebene einen Beitrag zur Lösung eines Problems auf lebenspraktischer Ebene leisten. Hierzu ist fraglos eine Art „Übersetzungsleistung“ erforderlich,¹⁶ die in einem der ausgewählten Beiträge auch begonnen wird. Folglich ist zu vermuten, dass philosophisch ausgebildete Autor:innen, die sich medizinethischen Fragen zuwenden, neben philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen die zusätzliche Kompetenz besitzen, die medizinethischen Probleme zu identifizieren, zu deren Lösung sie mit ihrer philosophischen Expertise beitragen können.

12 Ebd., S. 192.

13 Ebd., S. 197.

14 Vgl. Salloch et al. (2016), S. 274.

15 Ebd., S. 269.

16 Die Frage, wie sich (normativ-)ethische Erkenntnisse fruchtbar in die medizinische Praxis übertragen lassen, wird auch unter „translatationaler Medizinethik“ diskutiert. Siehe u.a. Bærøe (2014) und Kühlmeyer et al. (2024).

3. Philosophische-konzeptionelle Kompetenzen: Beispiele und praktischer Mehrwert

Thematisch begrenze ich mich auf ethische Fragen im Kontext der Patientenversorgung. Meine Aufmerksamkeit richte ich dabei auf den Konflikt zwischen ärztlicher Fürsorge und Patientenautonomie. Obwohl dieser Konflikt zwei Werte berührt, denen nicht nur in der Medizin, sondern im menschlichen Leben im Allgemeinen ein hoher Stellenwert zukommt, bestehen nach wie vor Unsicherheiten, wie wir auf ethisch gut begründete Weise mit ihm umgehen können. Hinzu kommt, dass es ein Konflikt ist, mit dem Gesundheitsfachpersonen tagtäglich in unterschiedlichen Situationen und Komplexitätsgraden konfrontiert sind. Neben der thematischen Eingrenzung stellt der angesprochene lebenspraktische Anspruch der Arbeiten ein weiteres Kriterium für meine Auswahl dar.

Im folgenden Abschnitt werde ich stets mit dem Anlass des Beitrags beginnen, d.h. mit dem zugrunde liegenden philosophisch-konzeptionellen und dem vordergründigen medizinethischen Problem. Daran anschließend werde ich analysieren, wie die Autor:innen bei der Lösung vorgehen, und die ihren Handlungen zugrunde liegenden Kompetenzen herausarbeiten. In einem letzten Schritt werde ich unter Einbeziehung eines Fallbeispiels den praktischen Mehrwert der Arbeiten aufzeigen, d.h. ihr Potenzial zur Verbesserung der Handlungspraxis beizutragen.

3.1. Catriona Mackenzie (2008): Relational Autonomy, Normative Authority and Perfectionism

Prozedurale Autonomietheorien¹⁷ erfassen nicht, dass die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist. Sie geben auch keine Antwort darauf, was es heißt, die Autonomie dieser Personen zu respektieren. Demgegenüber erfassen stark substantielle Theorien Einschränkungen der Autonomie durch unterdrückerische Normen und Beziehungen, allerdings sind sie dem „Perfektionismus-Einwand“¹⁸

17 Gemäß prozeduralen Autonomietheorien sind Entscheidungen, Wünsche etc. nur dann autonom, wenn sie das Ergebnis eines internen Reflexionsprozesses sind, dessen Kriterien je nach Theorie unterschiedlich definiert werden; siehe z.B. Dworkin (1988) und Frankfurt (1988). Für Autonomie kommt es folglich auf den ‚Prozess‘, also auf die Art und Weise des Zustandekommens von Wünschen, Überzeugungen etc. an; siehe Stoljar (2022).

18 Grundidee des (moralischen) Perfektionismus ist, dass es objektive Werte gibt, die jedes Individuum realisieren sollte – unabhängig von eigenen Einstellungen oder Präferenzen.

ausgesetzt: Ihnen zufolge sind nur bestimmte Überzeugungen, Lebensentwürfe oder soziale Beziehungen mit Autonomie vereinbar; beispielsweise ein Leben, das frei von unterdrückerischen sozialen Beziehungen ist.¹⁹ Gemäß John Christman würdige ein substantielles Verständnis von Autonomie alternative Lebensentwürfe und Wertvorstellungen herab und könne ungerechtfertigten Paternalismus begünstigen.²⁰ Hierbei handelt es sich um das philosophisch-konzeptionelle Ausgangsproblem, mit dem Catriona Mackenzie ihr Anliegen begründet, eine schwach substantielle Autonomietheorie zu konzipieren, die der Autonomie unterdrückter Personen gerecht wird, dabei jedoch nicht dem Perfektionismus-Einwand ausgesetzt ist. Damit verbindet sich für Mackenzie auch ein lebenspraktisches und für den Umgang mit Patient:innen relevantes Anliegen: Was fordert der Respekt der Autonomie von uns, wenn wir Personen begegnen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden? Mackenzie hebt die Bedeutung dieser Fragestellung für den Kontext der Patientenversorgung selbst hervor.²¹

Für die Konzeption ihres schwach substantiellen Autonomieverständnisses greift sie auf Anerkennungstheorien der Autonomie zurück.²² Ihnen folgend sind gewisse selbstbezogene Haltungen unserer Autonomie zuträglich, u.a. Selbstvertrauen, -achtung und ein gutes Selbstwertgefühl.²³ Damit eine Person ihre normative Autorität²⁴ effektiv ausüben kann, muss sie sich selbst als anerkennenswerte:r Akteur:in wahrnehmen, deren:dessen Sichtweisen und Bedürfnisse wertvoll und ernst zu nehmen sind. Ein Autonomieverständnis im Sinne der Anerkennungstheorien kann erklären, warum die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Beziehungen und Normen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist, und zugleich eine Antwort auf die Frage geben, was es heißt, ihre Autonomie

Er wird gewöhnlich als unvereinbar mit liberalen Idealen erachtet, siehe Christman (2020).

19 Siehe Oshana (2006).

20 Siehe Christman (2009) und (2020).

21 Vgl. Mackenzie (2008), S. 518.

22 Siehe Benson (1994), McLeod (2002), Govier (1993) und Anderson/Honneth (2005).

23 Anerkennungstheorien gelten in einem schwachen Sinne als substantiell: Sie stellen keine direkten inhaltlichen Vorgaben auf, die autonome Lebensentwürfe, Überzeugungen etc. erfüllen müssen. Indem sie aber bestimmte selbstbezogene Einstellungen als konstitutiv für Autonomie erachten, schränken sie indirekt den Inhalt autonomer Überzeugungen ein, siehe Stoljar (2022).

24 Unter „normativer Autorität“ versteht Mackenzie die Autorität, Entscheidungen, die sich auf das eigene Leben auswirken, selbst zu treffen. Autonomem Personen wird die Fähigkeit, das Recht und die Verantwortung zugesprochen, diese Autorität auszuüben. Vgl. Mackenzie (2008), S. 518.

zu respektieren. Auch wenn die Haltungen selbstbezogen sind, ist ihre Entwicklung und Aufrechterhaltung vom Verhalten und den Reaktionen anderer abhängig. Unterdrückten Personen mangelt es an der Erfahrung, wertgeschätzt zu werden und als gleichwertige Akteur:innen anerkannt zu werden. Hierdurch wird es ihnen erschwert, Selbstvertrauen, -achtung und ein gutes Selbstwertgefühl aufzubauen. Umgekehrt kann die Wertschätzung und Anerkennung anderer die Entwicklung dieser selbstbezogenen Haltungen fördern. Hieraus folgt, dass Autonomie respektieren auch heißen kann, durch das eigene Verhalten Personen darin zu unterstützen, autonomieförderliche Haltungen aufzubauen und ein Bewusstsein für die eigene normative Autorität zu entwickeln.

Mackenzie gesteht zu, dass ihr Autonomieverständnis den Perfektionismus-Einwand nicht vollständig umgehen kann; jedoch bedingt es eine Art des Perfektionismus, der für sie vertretbar ist. In Anlehnung an Joseph Raz²⁵ handelt es sich dabei um eine Form des „autonomiebasierten Perfektionismus“. Autonomie wird hierbei nicht als der einzige Wert im Leben oder das einzige Ziel verstanden, das eine Person verfolgen sollte, sondern als *ein* Aspekt eines guten Lebens. In einer gerechten Gesellschaft besteht dann die Pflicht, autonomieförderliche Bedingungen zu schaffen, etwa durch institutionelle Strukturen, die gegenseitige Anerkennung fördern und vulnerable Gruppen dabei nicht zurücklassen.

Bevor ich den Mehrwert ihrer Arbeit für die medizinische Handlungspraxis aufzeige, möchte ich die Kompetenzen zusammenfassen, die sich durch die bisherige Analyse gezeigt haben: Mackenzie

- *identifiziert* ein philosophisch-konzeptionelles Problem (prozedurale Autonomietheorien werden der Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, nicht gerecht) und ein damit verbundenes lebenspraktisches, u.a. für die Praxis der Patientenversorgung relevantes Problem (die Theorien bieten keine Orientierung dahingehend, was es heißt, die Autonomie dieser Personen/Patient:innen angemessen zu respektieren);
- *diskutiert* Christmans Autonomietheorie (als Beispiel einer prozeduralen Theorie) und dessen Kritik an Marina Oshanas sozial-relationaler Theorie (Perfektionismus-Einwand);
- *konzeptualisiert* Autonomie als schwach substantiell und relational (unter Bezugnahme auf die Anerkennungstheorien)
- und *argumentiert* darauf aufbauend für den Respekt der Autonomie im Sinne von Autonomieförderung.

25 Siehe Raz (1994).

Außerdem *illustriert* und *begründet* Mackenzie anhand zweier realer Fälle die Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie. Dazu dient folgender Fall, den ich in gekürzter sowie leicht abgeänderter Form von ihr übernommen habe:

Eva wurde als letzter Ausweg bei aggressivem Knochenkrebs ein Bein unterhalb des Knies amputiert. Sie hat durch die Chemotherapie ihre Haare verloren und muss sich darauf einstellen, dauerhaft mit Einschränkungen zu leben. Das Behandlungsteam achtet ihre kurz- bis mittelfristigen Überlebenschancen allerdings für gut. Eva wurde von ihrem Mann, der ihre Krankheit als Belastung ansieht und sich für ihren Zustand schämt, vor Kurzem verlassen. Ihr Selbstverständnis ist von einem traditionellen Frauenbild geprägt, das in ihrem Umfeld als maßgebend gilt. Aufgrund der Trennung fühlt sich Eva wertlos und sieht keinen Grund weiterzuleben. Sie teilt dem Behandlungsteam mit, sie wolle sterben und wünsche keine weitere Behandlung.²⁶

Das Fallbeispiel nutzt Mackenzie auch dazu, die Plausibilität ihrer theoretischen Überlegungen zu *belegen* und andere Autonomietheorien zu *entkräften*. Sie zeigt auf, dass Christmans prozedurale Theorie der vulnerablen Situation der Patientin nicht gerecht wird und keine Antwort auf die ihrer Ansicht nach praktisch relevante Frage gibt, wie das Gesundheitspersonal die Autonomie von Eva angemessen respektieren kann. Ein schwach substantielles und relationales Autonomieverständnis bietet zudem eine Begründung für Zweifel an Evas Autonomie: In Folge ihrer Erziehung und der Unterwerfung unter ihren Ehemann hatte sie möglicherweise nie die Chance, sich als achtenswerte und gleichwertige Akteurin zu verstehen und autonomieförderliche Haltungen wie Selbstachtung und -vertrauen zu entwickeln. Sie kann sich keine wertvolle Zukunft ohne ihren Mann vorstellen. Zur Verdeutlichung der Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie und für eine gefestigte normative Autorität stellt Mackenzie diesem Fall einen anderen Fall gegenüber, in dem die Patientin ein gutes Selbstwertgefühl besitzt, sich als achtenswerte Akteurin versteht und erwartet, dass ihre Bedürfnisse gehört werden.

Aus ihren Überlegungen entwickelt Mackenzie konkrete Vorschläge für die Handlungspraxis. Ihr zufolge fordert der Respekt der Patientenautonomie vom medizinischen Personal in Evas Fall:

- Eva als „jemanden“ zu behandeln; als eine Person, die eine Vorstellung von sich selbst hat und der bestimmte Dinge im Leben wichtig sind;
- ihre Perspektive anzuerkennen und zu versuchen, diese nachzuvollziehen;
- ihr einen Perspektivwechsel auf ihr zukünftiges Leben zu ermöglichen (das Leben ist wertvoll, auch ohne ihren Mann)

26 Vgl. Mackenzie (2008), S. 518. Mackenzie gibt an, dass ihr dieser Fall von einem Arzt berichtet wurde. Ebd., S. 532.

- und ihre Fähigkeit zur autonomen Entscheidung zu fördern (etwa durch eine positive Beeinflussung ihrer Haltungen sich selbst gegenüber und des Vertrauens in ihre Handlungskompetenz).

Das Potenzial von Mackenzies Arbeit für die Verbesserung der medizinischen Handlungspraxis liegt in philosophisch gut begründeten Ideen dahingehend, wie die Autonomie unterdrückter Personen angemessener respektiert werden kann – in dem Sinne, dass ihre Autonomie durch unser Verhalten tatsächlich gefördert wird und wir nicht (trotz Zweifeln an ihrer normativen Autorität) unkritisch ihre Entscheidungen respektieren. Ein Mangel an Selbstwertschätzung, -achtung oder -vertrauen kann folglich als Hinweis gewertet werden, dass ein:e Patient:in in der Wahrnehmung von Autonomie auf Hilfe angewiesen und der Respekt der Autonomie stärker im Sinne von Autonomiebefähigung zu verstehen ist.

3.2. Laura Specker Sullivan und Fay Niker (2018): Relational Autonomy, Paternalism, and Maternalism

Anlass für Laura Specker Sullivan und Fay Nikers Artikel ist ebenfalls ein philosophisch-konzeptionelles Problem. Die beiden Autorinnen identifizieren eine konzeptionelle Lücke in der Paternalismusdebatte, die dadurch entsteht, dass die Paternalismusthematik²⁷ weitgehend vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses betrachtet wird und Aspekte relationaler Autonomie dabei unberücksichtigt bleiben. Als Konsequenz werden zwischenmenschliche Handlungen bzw. Eingriffe (i. Orig. „interventions“) als paternalistisch bezeichnet, die es eigentlich nicht sind und die unter anderen Rechtfertigungskriterien betrachtet werden müssten. Hinter diesem konzeptionellen Problem steht auch hier ein lebenspraktisches und für den Kontext der Patientenversorgung relevantes Problem, da gerade in Beziehungen zwischen Pflegenden und Patient:innen zwischenmenschliche Eingriffe beobachtbar sind, die als paternalistisch beschrieben werden („nursing paternalism“), obwohl diese negativ konnotierte Bezeichnung ihrem sorgenden und unterstützenden Charakter nicht gerecht wird und verbreiteten Intuitionen widerspricht. In der Folge werden ethisch

27 Die Überlegungen von Specker Sullivan und Niker beziehen sich in erster Linie auf ein Verständnis von Paternalismus als einem zwischenmenschlichen Phänomen, vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 649. In einem sehr allgemeinen Sinne ist damit das Handeln gegen/ohne den Willen einer anderen Person gemeint, um dadurch ihr Wohl zu fördern, siehe Dworkin (1988).

relevante Aspekte dieser Eingriffe nicht erfasst und zum Teil falsche Urteile hinsichtlich ihrer Rechtfertigung gefällt.²⁸ Ziel der beiden Autorinnen ist es, diese konzeptionelle Lücke in der Paternalismusdebatte mit einem neuen Konzept, das auf einem relationalen Autonomieverständnis aufbaut, zu schließen, dem Maternalismus.²⁹

Specker Sullivan und Niker zufolge werden paternalistische Eingriffe vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses als falsch bewertet, weil sie die individuelle Autonomie einer Person verletzen. Sie greifen in einen Bereich ein, in dem es nur der betreffenden Person zusteht, Autorität auszuüben. Ausgehend von einem relationalen Autonomieverständnis hingegen existiert dieser Bereich nicht; es gibt keine ‚unabhängige Sphäre‘, in der wir unsere Autorität völlig unbeeinflusst durch andere ausüben. Vielmehr entwickeln wir unsere Autonomie im Kontext sozialer Beziehungen und sind auch in ihrer Ausübung auf andere angewiesen. Wenn folglich kein Bereich idealer Unabhängigkeit existiert, können zwischenmenschliche Eingriffe ihn auch nicht verletzen und deshalb falsch sein – was jedoch nicht heißt, dass sie nicht aus anderen Gründen falsch sein können.

Vor dem Hintergrund eines individualistischen Autonomieverständnisses ist die Rechtfertigung eines Eingriffs davon abhängig, ob dessen Nutzen für das Subjekt des Paternalismus (S) die Schwere der Autonomieverletzung überwiegt. Die Beziehung zwischen der eingreifenden Person (EP) und S spielt für die Beurteilung keine Rolle. Vor dem Hintergrund eines relationalen Autonomieverständnisses kommt der Beziehung zwischen EP und S hingegen Bedeutung zu. Sie kann ausschlaggebend dafür sein, ob der Eingriff die relational verstandene Autonomie von S fördert oder unterminiert. Darauf aufbauend identifizieren Specker Sullivan und Niker zwei Rechtfertigungskriterien für Maternalismus: Gemäß der *relationalen Bedingung* muss zwischen EP und S eine vertrauensvolle Beziehung bestehen. Zudem muss EP der *epistemischen Bedingung* folgend S gut genug kennen, um beurteilen zu können, dass der Eingriff die Autonomie von S fördert und nicht unterminiert. Diese Bedingung steht in direkter Verbindung zur Motivation hinter maternalistischen Eingriffen, die ebenfalls von jener hinter ‚klassischem‘ Paternalismus zu differenzieren ist: EP handelt nicht ohne die Zustimmung von S, weil sie ihr Urteil darüber, was gut für S ist, dem Urteil von S überordnet. Vielmehr handelt EP – aufbauend auf der vertrauensvollen Beziehung und der guten Kenntnis von S – den (aktuell unausgesprochenen) Präferenzen

28 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 650-655.

29 Die beiden Autorinnen betonen, dass Maternalismus keine genuin feminine Art des Handelns beschreibt, auch wenn der Begriff dies nahelegt. Sie verwenden ihn, um ihn auch sprachlich von Paternalismus abzugrenzen. Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 650.

von S folgend. EP macht die Ziele und Präferenzen von S in ihrem Handeln zu ihren eigenen und handelt nicht nur aus Sorge um das Wohl, sondern auch aus Sorge um die Autonomie von S. Die Motivation hinter Maternalismus ist nur eines von sechs Kriterien, durch das Specker Sullivan und Niker ihr Konzept vom klassischen Paternalismus abgrenzen. Anhand des Fallbeispiels werden noch weitere Unterschiede deutlich werden. Zunächst möchte ich jedoch die Kompetenzen der Autorinnen zusammenfassen, die aus der bisherigen Analyse des Beitrags hervorgehen: Specker Sullivan und Niker

- *identifizieren* und *problematisieren* die einseitige Autonomie-Perspektive in der Paternalismus-Debatte;
- *analysieren* die Auswirkungen eines relationalen Autonomieverständnisses auf das Verständnis und die Bewertung von Paternalismus;
- und *konzeptualisieren* Maternalismus (aufbauend auf einem relationalen Autonomieverständnis) in Abgrenzung zum Paternalismus (anhand von sechs Kriterien).

Auch wenn Fallbeispiele eine im Vergleich zu Mackenzies Artikel eher untergeordnete Rolle spielen, setzen die beiden Autorinnen diese im Zusammenhang mit einer Kompetenz ein, von der in philosophischen Arbeiten häufig am Ende Gebrauch gemacht wird: Sie *antizipieren potenzielle* Einwände gegen ihr Konzept und *entkräften* diese. Dabei greifen sie zur *Illustration* und um die Plausibilität ihrer theoretischen Überlegungen *zu belegen* auf Fallbeispiele zurück. Eines dieser Beispiele (hier in leicht abgeänderter und erweiterter Form) stammt aus der Patientenversorgung:³⁰

David ist der langjährige Hausarzt von Tim und dessen Partnerin Lara. Ihn erreicht die Nachricht von Tims Onkologin, dass nach zwei Jahren ohne positive Befunde Tims Schilddrüsenkrebs erneut ausgebrochen ist. Sie bittet ihn, Tim diese Nachricht zu überbringen, um die nächsten Schritte zu planen. David weiß, dass Tim seiner Partnerin nicht zur Last fallen möchte. Zugleich weiß er, dass Tim es vorzieht, wichtige Entscheidungen mit ihr gemeinsam zu treffen. Ohne ihn zu fragen, lädt er deshalb auch Lara zum Gespräch ein. Als Tim in der Praxis ankommt, ist er überrascht, Lara zu sehen. Vor allem aber ist er erleichtert, dass sie da ist. Auf dem Heimweg meint er zu ihr, dass er David als seinen Hausarzt sehr schätze; David kenne ihn gut und er könne ihm vertrauen.

Mit diesem Fallbeispiel *argumentieren* die beiden Autorinnen *gegen den (potenziellen) Einwand*, es handle sich beim Maternalismus um ein unnötiges Konzept, da Paternalismus bereits alle ethisch relevanten Dimensionen zwischenmenschlicher Eingriffe zur Förderung des Wohls anderer erfasse. Während Davids Handeln

30 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 661-665.

gemäß dem klassischen Paternalismusverständnis als ungerechtfertigt gelten müsse, kann sein Verhalten dem Maternalismus folgend möglicherweise gerechtfertigt sein. Die Tatsache, dass eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung besteht und David Tims Präferenzen kennt, deutet darauf hin, dass die relationale und die epistemische Bedingung erfüllt sind.³¹ Hinzu kommt, dass die Aussage von Tim andeutet, dass Davids Verhalten auch die vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung stärken konnte. Allerdings verweist das Beispiel auch auf das zusätzliche Risiko, das mit maternalistischen Eingriffen einhergeht, die Schädigung der vertrauensvollen Beziehung im Falle einer Fehleinschätzung der Präferenzen von S. Specker Sullivan und Niker betonen mehrfach, dass sie ihren Beitrag vor allem in begrifflich-konzeptioneller Hinsicht verstehen, zugleich bemerken sie, dass es ihnen nicht nur um eine angemessene ethische Theorie geht, sondern auch um ein praktisches Verständnis davon, welche Eingriffe ethisch zulässig sind und warum.³² Im Gegensatz zu Mackenzie machen sie keine konkreten Vorschläge für die Handlungspraxis. Indem sie jedoch Rechtfertigungskriterien maternalistischer Eingriffe definieren, regen sie an, hier – mit Blick auf die Praxis – weiterzudenken. Mehrfach erwähnen die beiden Autorinnen, dass Maternalismus in der Praxis, insbesondere in der Pflege, zu beobachten ist und schon länger informell diskutiert wird. Die Kenntnis des Konzepts und der Rechtfertigungskriterien könnte also sowohl für Personen, die nach ihrer Definition maternalistisch handeln, hinsichtlich der Reflexion des eigenen Verhaltens als auch für Außenstehende, die deren Verhalten, zum Beispiel im Rahmen einer Supervision oder Ethikberatung, beurteilen, hilfreich sein. Es ist zudem eine Anregung, die eigenen Handlungen stärker vor dem Hintergrund der Beziehungen zu begreifen, in deren Rahmen sie stattfinden, und die Auswirkungen des eigenen Verhaltens auf die Patientenautonomie sowie die Beziehung zu Patient:innen zu beachten. Der praktische Mehrwert des Beitrags besteht folglich in erster Linie in einer angemesseneren Beschreibung und Beurteilung zwischenmenschlicher Eingriffe und der Würdigung vertrauensvoller Beziehungen in der Patientenversorgung.

31 Um hierauf eine klare Antwort geben zu können, wäre mehr Wissen über die Beziehung zwischen David und Tim erforderlich. Mit Anforderungen, die eine Beziehung erfüllen muss, und der Art des epistemischen Zugangs, die EP benötigt, um vor dem Hintergrund relationaler Autonomie mit Erfolgsaussicht einzugreifen, befasste ich mich in einem anderen Beitrag, siehe Hirsch (2023).

32 Vgl. Specker Sullivan/Niker (2018), S. 666.

4. Philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen: Entwicklungs- und Lösungspotenzial durch kritisches Hinterfragen

Die folgende Tabelle enthält einen Überblick über die analysierten philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen mit je einem Beispiel aus den beiden vorgestellten Beiträgen.

| Kompetenz | Beispiel |
|---|---|
| 1. Philosophisch-konzeptionelle und damit verbundene lebenspraktische Probleme <i>identifizieren können</i> | Mackenzie: Individualistische Autonomietheorien erfassen nicht, dass die Autonomie von Personen, die durch unterdrückerische Normen und Beziehungen sozialisiert wurden, eingeschränkt ist und bieten keine Handlungsorientierung, was der Respekt der Autonomie in diesen Fällen fordert |
| 2. Mit dem Problem verbundene Begriffe, Konzeptionen und Theorien <i>infrage stellen können</i> | Specker Sullivan/Niker: Paternalismus nicht geeignet, um zwischenmenschliche Eingriffe richtig zu erfassen und zu beurteilen, die in langjährigen und vertrauensvollen Beziehungen stattfinden |
| 3. Weiterführende, anspruchsvollere Ideen und Konzeptionen für praktische Herausforderungen (in der Patientenversorgung) <i>anwendbar machen können</i> | Mackenzie: Rückgriff auf Anerkennungstheorien der Autonomie, um zu definieren, was Autonomie respektieren in diesen Fällen heißen kann |
| 4. Eigene oder fremde Theorien/ Konzepte <i>problematisieren</i> und mit Blick auf die Problemstellung <i>weiterentwickeln können</i> | Mackenzie: rein individualistische Autonomietheorien sowie substantiell-relationale Autonomietheorien problembehaftet → Lösung: relationales, aber schwach substantielles Autonomieverständnis |
| 5. Konzeptionelle Lücken <i>identifizieren</i> und (mit neuen Konzepten) <i>schließen können</i> | Specker Sullivan/Niker: einseitige Perspektive auf Autonomie in der Paternalismusdebatte → Maternalismus |

| | |
|---|---|
| 6. Fallbeispiele <i>konstruieren/nutzen</i> und <i>diskutieren können</i> , um <i>Intuitionen</i> oder die <i>Plausibilität</i> theoretischer Überlegungen zu <i>testen</i> | Mackenzie: Gegenüberstellung der beiden Fallbeispiele zur Verdeutlichung der Bedeutung selbstbezogener Haltungen für Autonomie |
| 7. Begründete <i>Lösungen</i> , teils auch konkreter praktischer Art <i>entwickeln können</i> | Mackenzie: Beschreibung konkreter Handlungsschritte zur Umsetzung des Respekts der Autonomie bei Zweifeln an der Patientenautonomie |

Es bleibt herauszuarbeiten, *wie* die Patientenversorgung von philosophisch-konzeptionellen Kompetenzen der Akteur:innen, die an ihr beteiligt sind, profitieren kann. Mit dem Fokus auf Medizinethik als einem *anwendungsorientierten* Bereich der Ethik bestehen unter anderem folgende Optionen: 1) Philosophisch ausgebildete Medizinethiker:innen können noch stärker in die klinische Ethik(-beratung) einbezogen werden und ihre Kompetenzen hier zur Lösung ethischer Konflikte, zur Leitlinienerstellung etc. einsetzen. 2) Sie können ferner von ihren Kompetenzen im Rahmen von Ethikräten, -gremien und -komitees im Kontext der Gesundheitsversorgung Gebrauch machen. 3) Gesundheitsfachpersonen selbst können vom Erwerb philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen profitieren. Jede dieser Optionen ist es wert, diskutiert und weiterverfolgt zu werden. Im Folgenden möchte ich die letztgenannte Option betrachten. Hierbei konzentriere ich mich auf berufsbegleitende Medizinethik-Studiengänge und -Weiterbildungsprogramme, die sich an Fachkräfte im Gesundheitswesen richten, unter anderem an Ärzt:innen und Pflegekräfte.

5. Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen in Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungsprogrammen

Liest man sich die Beschreibungen und Lernziele verschiedener berufsbegleitender Medizinethik-Studiengänge und -Weiterbildungsangebote durch, so fällt eine starke Anwendungs- und Lösungsorientierung auf.³³ Beim „Weiterbildenden Masterstudiengang Medizinethik“ der Universität Mainz ist in der Beschreibung

33 Hier betrachte ich den „Weiterbildenden Masterstudiengang Medizinethik“ der Universität Mainz, das Weiterbildungsangebot „Medizinethik“ der Fernuniversität Hagen und das „CAS Medizinethik“, eine Kooperation der Thales Akademie, der Hochschule Furtwangen und der Universität Freiburg. Ähnliche Angebote gibt es an der Universität Halle, der Hochschule für Philosophie in München und der Dresden International University.

der Inhalte und Ziele beispielsweise von einer „praxisorientierten Schwerpunktsetzung der Vermittlung medizinethischer Kompetenz“ die Rede.³⁴ Zugleich wird an anderer Stelle betont, dass das Studium die beruflichen Kenntnisse und Fähigkeiten der Studierenden „um die Dimension der angewandten Ethik ergänzen“ soll – mit dem vorrangigen Ziel „der Aneignung des philosophischen Reflexions-, Kritik- und Argumentationspotenzials“ sowie „medizinischer Frage- und Problematisierungskompetenz“.³⁵ Hieran kann die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen anschließen.

Als übergeordnete Lernziele der Weiterbildungen werden u. a. genannt: auf „moralisch schwierige Fragen im Berufsalltag“ vorbereitet sein (Hagen) und Hintergrundwissen und Argumentationsstrategien besitzen, „mit denen normative Konflikte im klinischen Alltag besser verstanden, abgewogen und [...] einer Lösung zugeführt werden können“ (Mainz).³⁶ Wie die beiden analysierten Arbeiten gezeigt haben, können philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen, zu einem besseren Verständnis des Konflikts sowie zur Handlungsorientierung beitragen: Im Falle von Eva stellt sich die Frage, ob ihre Behandlungsverweigerung zu akzeptieren ist und was Autonomie respektieren bedeutet, wenn wir Zweifel an der Patientenautonomie haben. In Tims Fall wiederum besteht eine Unsicherheit bezüglich der Legitimität des eigenen Handelns: Wenn ich einen Patienten sehr gut kenne, darf ich dann ohne ihn zu fragen in seinem Sinne handeln oder ist das unzulässiger Paternalismus? Begriffliche und konzeptionelle Genauigkeit helfen hier, die moralische Problematik überhaupt verstehen und das eigene Handeln einordnen sowie reflektieren zu können. In beiden Fällen wäre es etwa hilfreich, mit relationalen Konzeptionen von Autonomie vertraut zu sein und ihren Mehrwert für den Umgang mit der bestehenden Handlungsunsicherheit erkennen zu können.

Im Rahmen einer berufsbegleitenden Weiterbildung wäre es möglich, in das Curriculum Lernangebote zu integrieren, die vermitteln, wie philosophisch-konzeptionelles Arbeiten zu einem ethisch angemessenen Umgang mit moralischen Herausforderungen im medizinischen Berufsalltag beitragen kann. Denkbar wäre, sich in einem Seminar mit philosophischen Arbeiten zur Autonomie zu befassen und anhand von Fällen aus der Praxis einzuüben, wie sich hieraus ein differenzierteres Verständnis und Handlungsorientierung hinsichtlich der Norm,

34 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/ziel-und-inhalt-des-studienangebots.html> (26.01.2024).

35 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/zielgruppen-und-zulassungsvoraussetzungen.html> (26.01.2024).

36 Vgl. <https://www.unimedizin-mainz.de/medhist/masterstudiengang-medizinethik/praxisbezug.html> (26.01.2024).

die Patientenautonomie zu respektieren, gewinnen lassen. Zudem können Studierende ausgehend von medizinethischen Texten, die in Seminaren behandelt werden, Begriffe identifizieren, die ihnen unklar erscheinen, beispielsweise Begriffe wie „Authentizität“, „gutes Leben“ oder „Patientenwohl“. In Kleingruppen können sie dann gemeinsam recherchieren, inwieweit philosophische Arbeiten zu diesen Begriffen auch ihr Verständnis im medizinischen Kontext schärfen können. Hierbei können sie von Dozierenden aus der Philosophie unterstützt werden. Es ist nicht zu leugnen, dass die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen im Rahmen berufs begleitender Studiengänge und Weiterbildungen auch mit Herausforderungen verbunden ist, die teils praktischer Natur sind. Die Teilnehmenden studieren berufs begleitend und haben weniger Zeit als Vollzeitstudierende, sich intensiv mit Texten auseinanderzusetzen. Auch könnte es Frustration auslösen, ohne fundierte philosophische Vorkenntnisse philosophisch-konzeptionelle Arbeiten lesen zu müssen. Fraglos sind das Hindernisse, die es bei der Implementierung zu beachten gilt. Sie sprechen jedoch nicht gegen die Vermittlung philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen in berufs begleitenden Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen. Vielmehr sprechen sie dafür, in der Auswahl der Inhalte sorgfältig vorzugehen, stets den erforderlichen Praxisbezug im Blick zu haben, die Seminare problem- und anwendungsorientiert zu gestalten und interprofessionell zu unterrichten, also beispielsweise Dozierende aus der Philosophie und der Medizin gemeinsam in Seminarkonzeption und -durchführung einzubeziehen.

6. Fazit

In diesem Beitrag habe ich ausgehend von einer Analyse philosophisch-konzeptioneller Kompetenzen aufgezeigt, wie diese für die berufs begleitende Medizinethik-Lehre fruchtbar gemacht werden können. Ich hoffe, einen Anstoß gegeben zu haben, nun über konkretere Lernziele, Inhalte und Lehrmethoden zu reflektieren, den Umfang der Lehre zu konkretisieren und geeignete Lehrpersonen auszuwählen. Das immer größer werdende Angebot an Medizinethik-Studiengängen und -Weiterbildungen verweist auf das Interesse von Gesundheitsfachpersonen am Erwerb von Kompetenzen, die sie im Umgang mit moralisch herausfordernden Situationen in ihrem Berufsalltag unterstützen, und wie deutlich geworden ist, zählen auch philosophisch-konzeptionelle Kompetenzen hierzu.

Interessenskonflikte: Keine

Danksagung: Ich danke Katja Kühlmeyer und Tobias Eichinger für hilfreiche Anmerkungen zu diesem Beitrag.

Literatur

- Ach, J. (Hrsg.) (2013): Grenzen der Selbstbestimmung in der Medizin. Leiden.
- Anderson, J./Christman, J. (Eds.) (2005): Autonomy and the challenges to liberalism. New essays. Cambridge.
- Anderson, J./Honneth, A. (2005): Autonomy, vulnerability, recognition, and justice. In: Anderson/Christman (2005), pp. 127-149.
- Benson, P. (1994): Autonomy and self-worth. In: *Journal of Philosophy* 91, 12 (1994), pp. 650-668.
- Bærøe, K. (2014): Translational ethics: An analytical framework of translational movements between theory and practice and a sketch of a comprehensive approach. In: *BMC Medical Ethics* 15, 71 (2014), pp. 1-7.
- Cholbi, N./Varelius, J. (Eds.) (2023): New directions in the ethics of assisted suicide and euthanasia. The International Library of Bioethics 103. Cham.
- Christman, J. (2020): Autonomy in moral and political philosophy. In: Zalta (2020). Online: <https://plato.stanford.edu/archives/fall2020/entries/autonomy-moral/> (30.01.2024).
- Christman, J. (2009): The politics of persons. Individual autonomy and socio-historical selves. Cambridge.
- Dworkin, G. (1988): The theory and practice of autonomy. Cambridge.
- Frankfurt, H. G. (1988a): Freedom of the will and the concept of a person. In: Frankfurt (1988b), pp. 11-25.
- Frankfurt, H. G. (Ed.) (1988b): The importance of what we care about. Philosophical essays. Cambridge.
- Govier, T. (1993): Self-trust, autonomy, and self-esteem. In: *Hypatia* 8, 1 (1993), pp. 99-120.
- Hirsch, A. (2023): Why we have duties of autonomy towards marginal agents. In: *Theoretical Medicine and Bioethics* 44, 1 (2023), pp. 453-475.
- Holm, S. (2022): What is the foundation of medical ethics – Common morality, professional norms, or moral philosophy? In: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics* 31, 2 (2022), pp. 192-198.
- Kipke, R./Röttger, N./Wagner, J./Wedelstaedt, A. K. von (Hrsg.) (2021): *ZusammenDenken*. Wiesbaden.
- Kühlmeier, K./Jansky, B./Mertz, M./Marckmann, G. (2024): Transformative medical ethics: A framework for changing practice according to normative-ethical requirements. In: *Bioethics* 38, 3 (2023), pp. 241-251.
- Lindenau, M./Meier Kressig, M. (Hrsg.) (2020): *Schöne neue Welt? Zwischen technischen Möglichkeiten und ethischen Herausforderungen*. Vadian Lectures, Band 6. Bielefeld.

- Mackenzie, C. (2008): Relational autonomy, normative authority and perfectionism. In: *Journal of Social Philosophy* 39, 4 (2008), pp. 512-533.
- McLeod, C. (2002): *Self-trust and reproductive autonomy*. Cambridge.
- Oshana, M. (2006): *Personal autonomy in society*. Aldershot.
- Pfister, J. (2022): *Fachdidaktik Philosophie*. 3. Auflage. Stuttgart.
- Raz, J. (1994): *The morality of freedom, and ethics in the public domain: Essays in the morality of law and politics*. Oxford.
- Salloch, S./Ritter, P./Wäscher, S./Vollmann, J./Schildmann, J. (2016): Was ist ein ethisches Problem und wie finde ich es? Theoretische, methodologische und forschungspraktische Fragen der Identifikation ethischer Probleme am Beispiel einer empirisch-ethischen Interventionsstudie. In: *Ethik in der Medizin* 28, 1 (2016), S. 267-281.
- Schramme, T. (2013): Paternalismus, Zwang und Manipulation in der Psychiatrie. In: *Ach* (2013), S. 263-281.
- Schramme, T. (2016): Philosophie und Medizinethik. In: *Ethik in der Medizin* 28, 4 (2016), S. 263-266.
- Schramme, T. (2017): Goals of medicine. In: Schramme/Edwards (2017), pp. 121-128.
- Schramme, T./Edwards, S. (Hrsg.) (2017): *Handbook of the philosophy of medicine*. Dordrecht.
- Schramme, T. (2021). Krankheit – ein toter Begriff? In: Kipke et al. (2021), S. 355-364.
- Schramme, T. (2023): Preventing assistance to die: Assessing indirect paternalism regarding voluntary active euthanasia and assisted suicide. In: Cholbi/Varelius (2023), pp. 17-30.
- Specker Sullivan, L./Niker, F. (2018). Relational autonomy, paternalism, and maternalism. *Ethical Theory and Moral Practice* 21, 3 (2018), pp. 649-667.
- Stoljar, N. (2022): Feminist perspectives on autonomy. In: Zalta/Nodelman (2022). Online: <https://plato.stanford.edu/archives/win2022/entries/feminism-autonomy/> (30.01.2024).
- Weinert, F. E. (2001a): Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert (2001b), S. 17-31.
- Weinert, F. E. (Hrsg.) (2001b): *Leistungsmessungen in Schulen*. Weinheim.
- Zalta, E. N. (Ed.) (2020/2021/2022): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Online: <https://plato.stanford.edu>. (15.02.2024).
- Zalta, E. N./Nodelman, U. (Eds.) (2022): *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Online: <https://plato.stanford.edu> (15.02.2024).

Der dritte Lernort (Skills-Lab) als bedeutsame Chance der Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums

1. Hintergrund und Hinführung

Die im Pflegeberufegesetz (PflBG) von 2020¹ gestärkte professionelle Ethik gewinnt angesichts neuer Gesetze und Gesetzesvorhaben für das primärqualifizierende Pflegestudium nochmals an Bedeutung. So verändern sich mit der Übertragung heilkundlicher Aufgaben nicht nur die Rolle von Pflegefachpersonen, sondern insbesondere auch deren Verantwortung im Rahmen hochkomplexer heilkundlicher Pflege- und Therapieprozesse.² Dies umfasst beispielsweise die Identifikation, Abwägung und Harmonisierung gegensätzlicher Bedürfnisse und ethischer Implikationen von zu pflegenden Menschen, deren Angehörige und gesellschaftlichen Erwartungen und Rahmenbedingungen.³ Insbesondere das Pflegestudiumstärkungsgesetz⁴ und der Referentenentwurf des Pflegekompetenzgesetzes⁵ unterstreichen den Stellenwert einer fundierten Ethikbildung und gezielter Ethikkompetenzentwicklung in der akademischen Qualifizierung von Pflegefachpersonen. Ethikkompetenz umfasst im Folgenden die ethische Sensitivität sowie den achtsamen und verantwortlichen Umgang innerhalb des pflegeprofessionellen Handlungsfeldes gegenüber Dritten und auch gegenüber sich

1 Siehe Pflegeberufegesetz (PflBG), § 5 Ausbildungsziel.

2 Hierunter fallen aus den insgesamt sieben festgeschriebenen Bereichen u.a. die erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen aller Altersstufen die von chronischen Wunden, Schmerzen oder Demenz betroffen sind. BiBB (2022).

3 Ebd.

4 Siehe BMG (2023).

5 Am 19.12.2023 stellten BMG, DPR und BÄK das Eckpunktepapier zum Pflegekompetenzgesetz (PKG) vor. Siehe ebd. Am 06.09.2024 veröffentlichte das BMG (2024) hierzu den Referentenentwurf zur Stärkung der Pflegekompetenz. Im Kern geht es um die Angleichung des rechtlichen Entscheidungs- und Handlungsspielraums von Pflegefachpersonen an deren vorhandene pflegefachliche Kompetenz. Siehe BMG (2023).

selbst.⁶ Lernende, die noch über wenig Ethikkompetenz verfügen, gelten als besonders vulnerabel und demzufolge auch anfällig gegenüber moralischem Belastungserleben.⁷ Im Rahmen der Ethikkompetenzentwicklung werden die Attribute Sensitivität, Achtsamkeit und Verantwortung kultiviert, intensiviert und verdichtet. Dies erfordert einerseits ein „fundiertes normatives Wissen und die dezidierte Kenntnis professionsspezifischer ethischer Verpflichtungen“.⁸ Andererseits bedarf es im Rahmen der Ethikbildung einer geschützten Lernumgebung, in der für die Lernenden die Komplexität und Breite der ethischen Verantwortung, des eigenen Handelns und Nicht-Handelns erfahrbar wird. Deutlich wird angesichts dessen – und im Folgenden differenziert dargelegt –, dass Ethikkompetenzentwicklung auch einer ethischen Pflegebildungskultur bedarf.

Eine umfassende pflegeberufliche Ethikbildung im gesamten Verlauf des Pflegestudiums fördert und fordert die Entwicklung von Ethikkompetenzen an allen drei Lernorten: (1) dem Lernort Hochschule (Theorielernen: Wissenserwerb), dem (2) Lernort Praxis („Lernen durch Arbeitshandeln“⁹ in realen Settings des Pflege- und Gesundheitswesens) und (3) dem dritten Lernort „Skills-Lab“ („Lernen durch Simulation von Arbeitsprozessen“).¹⁰ Als dritter Lernort – diese Bezeichnung ist bewusst gewählt, um seine spezifische Transferfunktion zwischen dem Lernort Theorie und Praxis herauszustellen – wird im Rahmen des Beitrages insbesondere das Skills-Lab verstanden.¹¹

Im Rahmen der Ethikbildung kommt dem Simulationslernen am dritten Lernort indes – insbesondere angesichts der zunehmend erschwerten systematisierten und kompetenzorientierten Anleitung am Lernort Praxis – eine wachsende Bedeutung zu.¹² Zentrales Argument hierfür ist die Gegebenheit, dass die grundlegenden Rahmenbedingungen und Ressourcen für eine systematische Praxisanleitung – insbesondere Zeit und pädagogisch sowie fachlich qualifiziertes Personal – in den Einrichtungen des Gesundheitswesens vielfach nicht vollumfänglich vorhanden sind. In der Folge finden Anleitungssequenzen am Lernort

6 Siehe Riedel/Lehmeyer (2022b).

7 Siehe Lehmeyer/Riedel (2022), Riedel et al. (2022).

8 Vgl. Riedel/Lehmeyer (2022a), S. 21; siehe Riedel et al. (2022).

9 Vgl. Dehnbostel (2007), S. 46.

10 Ebd.

11 Der Begriff Skills-Lab setzt sich aus den englischen Begriffen „Skill“ (Können, Geschick) und „Lab“ (Laboratory, Lern- oder Fertigkeitenlabor) zusammen. Skill- bzw. Sim-Labs sind hochtechnisiert, zunehmend digital und teils mit Virtual Technology ausgestattet. Das bildet bspw. ein häusliches Pflegesetting oder ein Setting der Akut- oder Langzeitpflege realitätsgetreu nach, siehe VIFSG (2017). Ausführlich dazu unter 2.1.

12 Siehe Loewenhardt et al. (2014), WHO (2018), Lehmeyer/Riedel (2019), Riedel et al. (2022), Andersson et al. (2023) und Roy et al. (2023).

Praxis häufig zufällig und unsystematisch statt oder bleiben im Rahmen des Praxiseinsatzes außen vor.¹³ Ein weiteres Argument, das dafür spricht, Ethikbildung am dritten Lernort systematisiert und pädagogisch-didaktisch geplant einzubinden, ergibt sich aus der Vulnerabilität der pflegebedürftigen Menschen in den unterschiedlichen Settings der Pflegepraxis, die sich durch Situationen der Anleitung weiter erhöhen kann. Das heißt, Ethikbildung am dritten Lernort sichert die gezielte Ethikkompetenzentwicklung (Training und Transfer) ab und bewahrt die pflegebedürftigen Menschen vor Belastungen, Verletzungen und Schaden. Im sicheren und geschützten Raum ist es für Studierende – als ebenfalls vulnerable Gruppe im Kontext von Lehr- und Lernprozessen¹⁴ – möglich, ohne schädigende Konsequenzen für Personen oder Gruppen Fehler zu machen und Unsicherheiten zu zeigen. Diese Form des Lehrens und Lernens gewährleistet „absolute respect for human rights by protecting patients’ dignity“.¹⁵

Am dritten Lernort, als pädagogisch zu gestaltende Lernumgebung, werden „zentrale räumlich-materielle, physische und/oder psychosoziale Aspekte, beeinflussbare Prozesse und wechselseitige Zusammenhänge von Aufgaben und Problemen einer realen Lebens- und Handlungswelt nachgebildet“.¹⁶ Hier können Studierende folglich im Rahmen einer modellhaften, möglichst natürlich und didaktisch ausgestalteten Pflege- und Interaktionssituation das selbstverantwortliche Handeln in einem geschützten Anleitungs-, Übungs-, Trainings- wie auch Erfahrungs- und Reflexionsraum umsetzen und vertiefen. Das Format eines per se geschützten Lernortes ist für Ethikkompetenzentwicklung eminent und angesichts der oben genannten Einschränkungen am Lernort Praxis absolut vorzugswürdig. Dies ergibt sich einerseits, weil der Lernort für die spezifische Lern- und Anleitesituation besonders oder ausschließlich geeignet ist (z.B. in Bezug auf hochkomplexe Pflegesituationen im Rahmen des Erwerbs heilkundlicher Tätigkeiten)¹⁷ und andererseits, weil er ermöglicht, vulnerable Zielgruppen wie die zu pflegenden Menschen und die Lernenden zu schützen. Der dritte Lernort ist folglich in seiner spezifischen didaktischen Ausprägung ein beachtlicher Lern- und Reflexionsraum für die Ethikbildung und demgemäß ein wichtiger Lernort für die Entwicklung von grundlegenden Ethikkompetenzen.

Um diese Aspekte exemplarisch zu verdeutlichen, beziehen sich die nachfolgenden Ausführungen auf ein spezifisches Heilkundemodul: „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die

13 Siehe Riedel et al. (2022) und Bohrer (2023).

14 Siehe Lehmeier/Riedel (2022) und Riedel et al. (2022).

15 Vgl. WHO (2018), S. 1.

16 Vgl. Schröppel (2021), S. 14; siehe auch Herzig et al. (2019) und Piot et al. (2021).

17 Siehe BIBB (2022).

von einer Demenz betroffen sind“.¹⁸ Diese exemplarische Bezugnahme ist auch deswegen geeignet, da das Modul eine spezifische zu erwerbende Kompetenz ausweist: Absolventinnen und Absolventen „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“.¹⁹

Zentrales Ziel des Beitrages ist es, die Bedeutsamkeit und das Potenzial der Ethikkompetenzentwicklung am dritten Lernort, u.a. am Beispiel einer im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums zu erwerbenden Ethikkompetenz, herauszuarbeiten und darzulegen. Im Mittelpunkt steht somit das Potenzial des dritten Lernortes in Bezug auf die Entwicklung von Ethikkompetenzen. Die pädagogisch-didaktische Ausgestaltung eines Lehr-Lernarrangements am dritten Lernort kann folglich nur angedeutet werden.

Der Beitrag vermittelt zunächst das Verständnis des dritten Lernortes, welches den Ausführungen zugrunde liegt. Darauf basierend wird verdeutlicht, welchen Stellenwert der dritte Lernort für die Ethikkompetenzentwicklung im Rahmen der Ethikbildung des primärqualifizierenden Pflegestudiums aufweist. Die exemplarische modulbezogene Ethikkompetenzentwicklung skizziert den Lehr-Lernprozess am dritten Lernort.

2. Ethikkompetenzen am dritten Lernort entwickeln und vertiefen

2.1. Der dritte Lernort

Der Begriff des dritten Lernortes wird in dem Beitrag bewusst verwendet, um zu verdeutlichen, dass das Skills-Lab neben dem Lernort Theorie und dem Lernort Praxis ein *gleichwertiger Ort* der Kompetenzentwicklung ist.²⁰ In der Literatur finden sich zu dem Ort des praktischen Lehrens und Lernens – an dem möglichst realitätsnahe Übungsmöglichkeiten geschaffen werden – sowohl der Begriff des „Skills-Lab“/„Skillslab“, des „Fertigkeitslabors“ wie auch die Bezeichnung der „simulativen Lernumgebung.“²¹ Dieser spezifische Ort des Lehrens, Lernens und Übens ist zumeist an einer Hochschule angesiedelt und stellt eine eigenständige

18 Ebd., S. 60-68.

19 Ebd., S. 62.

20 Siehe Ludwig/Umbescheidt (2014) und Riedel et al. (2022).

21 Zur Bezeichnung Skills-Lab/Skillslab siehe Herzig et al. (2019) und Gügel/Kern (2021). Zur Bezeichnung simulative Lernumgebung siehe BIBB (2022).

und spezifische Säule arbeitsbezogenen Lernens²² dar, „die die Aneignung komplexer Qualifikationen und Erfahrung sowie deren Reflexion ermöglicht“.²³

Häufig wird das Skills-Lab als Konzept²⁴ oder als (Groß-)Methode²⁵ hochschulischen Lernens beschrieben. Bedeutsam ist an dieser Stelle, auf die strukturellen qualifikatorischen Herausforderungen hinzuweisen und Anforderungen an Instruktor:innen zu unterstreichen.²⁶ Die Qualifikation von Personen, die Pflege studierende am dritten Lernort begleiten und betreuen, ist derzeit noch heterogen. Bislang gibt es keine allgemein verbindlichen qualifikatorischen Mindeststandards. Einzelne Bildungseinrichtungen bieten professions- und fachgebietsübergreifende oder bereichsspezifische Instruktor:innenkurse an.²⁷ Diese befähigen zur Arbeit am dritten Lernort, sind aber nicht verpflichtend. Die spezifische Qualifikation wäre angesichts dessen bedeutsam, weil die qualifikatorischen Anforderungen weit über das „Bedside Teaching“ der traditionellen Pflegeausbildung hinausreichen. Ethische Kompetenzen, wie sie zur Übernahme des Heilkundemoduls „Demenz“ gefordert sind – hier die Durchführung von ethischen Fallbesprechungen²⁸ –, sind in diesen Zertifikationskursen i.d.R. nicht inkludiert. Sie müssen zusätzlich erworben werden, wie bspw. die Qualifikation zum/zur Ethikberater:in im Gesundheitswesen (K1).²⁹

Die Bedeutsamkeit des dritten Lernortes in der hochschulischen Bildung in den Gesundheitsberufen zeigt sich insbesondere auch daran, dass dieser explizit in curricularen Empfehlungen und Rahmungen – z.B. BIBB³⁰ –, aber auch im Pflegeberufegesetz (§ 38) ausgewiesen ist.³¹ Gemäß dem Interprofessionellen Verband zur Integration und Förderung des Skills-Lab-Konzeptes in den Gesundheitsberufen (VIFSG)³² hat sich das Konzept zur Gestaltung des Studiums

22 Siehe Dehnbostel (2007).

23 Ebd., S. 48; siehe auch Bohrer (2023).

24 Siehe Herzig/Kruse (2017).

25 Siehe Herold-Majumdar (2023).

26 Bei dem Begriff der Instruktor:innen handelt es sich nicht um einen geschützten Begriff mit definiertem Qualifikationsprofil. Vielmehr fasst er die im Skills-Lab aktiven Akteur:innen zusammen, wie bspw. Pflegepädagog:innen, (akademisch qualifizierte) Praxisanleiter:innen und sonstige Personen, die im Skills-Lab lehren. Siehe Nursing Education (2024).

27 Folgende Einrichtungen bieten bspw. Kurse für Instruktor:innen an: das Skills-Lab Bamberg, das Skills-Lab Münster und das Tübinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum (TÜPASS).

28 Vgl. BIBB (2022), S. 67.

29 Siehe Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) (o. J.).

30 Vgl. BIBB (2022), S. 29-30.

31 Zur berufsgesetzlichen Verortung in anderen Berufen des Gesundheitswesens siehe Loewenhardt/Herzig (2023).

32 Siehe VIFSG (2017).

in den letzten Jahren als ein „probates didaktisches Instrument ausgezeichnet“, und dient insbesondere „zur Anbahnung beruflicher Handlungskompetenz und zur Evidenzbasierung“³³ wie auch zur Absicherung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers,³⁴ im Sinne eines „Brückenelemente(s)“.³⁵ Im Rahmen erweiterter Pflege- und Therapieprozesse – als zukünftige Aufgaben akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen – werden explizite Empfehlungen für das Lernen in simulativen Lerneinheiten formuliert. Bezogen auf das Modul („Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“³⁶) werden für den dritten Lernort (im Sinne einer simulativen Lernumgebung) „ethische Fallbesprechungen zu komplexen Situationen (Dilemmata), die eine erweiterte fachlich und ethisch begründete Entscheidung erfordern“³⁶ als Methode der Ethikbildung empfohlen. Ethikkompetenzentwicklung wird im Rahmen des primärqualifizierenden Pflegestudiums demgemäß bereits aktuell dem dritten Lernort explizit zugewiesen.³⁷

Die am dritten Lernort neben Skills-Trainings (einfacher strukturierte Anleite- und Übungsformate) vielfach eingesetzten pädagogischen Simulationen (komplex strukturierte Lehr-Lernarrangements) stellen berufliche Realitäten nach, „um erfahrungsbasiertes, reflexives Lernen und den Erwerb von Handlungs-, Interaktions- und Reflexionskompetenz zu ermöglichen“³⁸ aber auch, um Beziehungsgestaltung und Haltung einzuüben und deren situative Umsetzung zu reflektieren.³⁹ Das sich aus drei Hauptelementen zusammensetzende Simulationlernen umfasst i.d.R. ein (1) vorbereitendes Briefing, (2) eine oder mehrere Simulationsszenarien⁴⁰ und (3) ein ausführliches Debriefing. Das zentrale Element des Debriefings eröffnet in Form professionell moderierter und systematisierter Nachbesprechung spezifische Formate retrospektiver Selbst- und Fremdreflexion der eigenen Handlungspraxis.⁴¹ Das Debriefing ermöglicht den Studierenden somit, aus den gemachten Erfahrungen bewusst zu lernen, aber auch, getroffene Entscheidungen (ethisch) zu begründen und zu vertreten sowie feh-

33 Siehe INACSL (2016a) und (2016b), Herzig et al. (2019) sowie Loewenhardt/Herzig (2023).

34 Siehe Riedel et al. (2022). Zur übergreifenden Bedeutung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers siehe auch Schmitz/Höhm (2018).

35 Vgl. Loewenhardt/Herzig (2023), S. 31.

36 Vgl. BIBB (2022), S. 67.

37 Ebd.

38 Vgl. Schröppel (2021), S. 13, siehe auch BIBB (2022).

39 Siehe Piot et al. (2021) und WHO (2018).

40 Zur Unterscheidung unterschiedlicher Simulationsformate siehe Munday (2022).

41 Siehe Loewenhardt/Herzig (2023), INACSL Standards Committee (2016b), WHO (2018), Schröppel (2021) und Piot et al. (2021).

lerhafte Annahmen und Schlussfolgerungen zu korrigieren. Debriefings ermöglichen darüber hinaus, die beobachtete Handlungspraxis anderer Personen (Lehrender oder Studierender) zu analysieren, zu reflektieren und einzuordnen, um „Handlungsmuster bewusst zu machen, zu überprüfen und ggf. zu verändern“.⁴² In den Debriefings wird „Feedback mit verschiedenen Reflexionsmethoden kombiniert“.⁴³ Die drei Elemente des Simulationslernens werden unter Punkt 2.3 erneut aufgegriffen und exemplarisch kontextualisiert.

Wenngleich sich die Lernsituationen am dritten Lernort immer an der beruflichen Wirklichkeit orientieren, so handelt es sich dennoch um einen wichtigen „Schonraum“ des simulationsbasierten Lehrens, Lernens und Übens, der einen geschützten Rahmen der Ethikkompetenzentwicklung eröffnet und zugleich die pflegebedürftigen Menschen sowie Lernenden schützt.⁴⁴

2.2. Spezifischer Stellenwert des dritten Lernortes im Rahmen der Ethikbildung und der Ethikkompetenzentwicklung

Pädagogisch-didaktisch ausgestaltete, reflexive Arbeitsstrukturen und Simulationen am dritten Lernort unterstützen die aus dem Lernort Praxis vertraute „Verknüpfung von formalen Lernangeboten (organisiertes Lernen) und informellen Lernprozessen (Lernen über Erfahrung), also von Theorie und Praxis“.⁴⁵ Am dritten Lernort können im geschützten Rahmen insbesondere und gezielt praktische Kompetenzen, wie ethische Argumentation und Perspektivwechsel geübt wie auch fallbezogene Reflexionsfähigkeit und das Vertreten einer ethischen Haltung als Bestandteile ethischer Kompetenz entwickelt und vertieft werden.⁴⁶

Der dritte Lernort eröffnet den Rahmen für ein vertieftes, ethisch analysierendes und reflektierendes Lernen ohne Zeit-, Entscheidungs- und Handlungsdruck, was dagegen am Lernort Praxis vielfach die Anleitung und Lernbegleitung prägt und nicht selten dazu führt, dass potenziell (neue) ethische Konflikte aufkeimen und/oder sich moralisches Belastungserleben manifestiert. Da am Lernort Praxis zumeist der personelle und zeitliche Rahmen nicht vorhanden ist, um situative ethische Herausforderungen, Unsicherheiten oder Konflikte direkt oder zeitnah mit den Lernenden systematisiert zu reflektieren, ist zusammenfassend zu konstatieren, dass insbesondere die vertiefte Ethikbildung, das heißt auch der

42 Vgl. BIBB (2022), S. 30.

43 Vgl. Schröppel (2021), S. 28.

44 Siehe Herzig et al. (2019), Cannaerts et al. (2014) und WHO (2018).

45 Vgl. Hiestand et al. (2023), S. 5. Siehe Schwermann (2021) und Piot et al. (2021).

46 Siehe SAMW (2019), Schnell/Seidlein (2016), Riedel/Giese (2019) und Riedel et al. (2022).

Umgang mit ethisch komplexen bzw. komplizierten Situationen⁴⁷ (zunächst) am dritten Lernort erfolgen sollte, um die moralische bzw. die professionelle Integrität⁴⁸ der Studierenden wie auch die Würde der pflegebedürftigen Menschen zu schützen und um moralisches Belastungserleben im Verlauf des Studiums – insbesondere auch am Lernort Praxis – zu verhindern bzw. zu reduzieren.⁴⁹

Die oben genannten drei Hauptelemente (Briefing, Simulationsszenario und Debriefing) des Lehrens, Lernens und Übens am dritten Lernort unterstützen in der entsprechenden Ausgestaltung dezidiert die Ethik(teil-)kompetenzentwicklung. So können am dritten Lernort – anders als am Lernort Theorie – alle Teilkompetenzen der ethischen Kompetenz in den Lehr-Lernprozess eingebunden werden, wie diese von Gallagher konturiert werden: „ethical knowing“, „ethical seeing“, „ethical reflecting“, „ethical doing“ und „ethical being“.⁵⁰ Stellt man diese fünf von Gallagher ausgewiesenen Ethik(teil-)kompetenzen der dazugehörigen Lernbegleitung mit den drei zentralen Hauptelementen des simulativen Lernens gegenüber, so wird deutlich, dass diese Ethik(teil-)kompetenzen vollumfänglich, systematisiert sowie pädagogisch-didaktisch fundiert in einem geschützten Rahmen entwickelt und vertieft werden können – auch im Sinne eines Theorie-Praxis-Theorie-Transfers.⁵¹

Anhand der ethischen Sensibilität⁵² – als einer zentralen Ethikkompetenz – lässt sich der Stellenwert des dritten Lernortes exemplarisch illustrieren.⁵³ Diese Kompetenz eignet sich insbesondere angesichts dessen, dass hier die Bedeutsamkeit des simulativen Lernens besonders deutlich wird, da die Simulationssequenz beobachtet oder selbst von den Lernenden im realitätsnahen Setting durchlebt und schließlich durch das Debriefing (strukturierte Nachbesprechung) gegenständig und nachvollziehbar wird. Bei der ethischen Sensibilität handelt es sich um eine subjektive situationsbezogene Aufmerksamkeit, die vielfach mit intuitiven Wertungen verbunden ist und ein bewusstes Wahrnehmen und Identifizieren

47 Siehe Monteverde (2019).

48 Siehe hierzu die Darlegung von Bowler et al. (2024), in welcher die Bedeutsamkeit der Wahrung von professioneller Integrität herausgearbeitet und die Einhaltung ethischer Standards für das simulationsbasierte Lernen betont wird.

49 Siehe Loyd et al. (2023). Zur Bedeutsamkeit einer umfassenden Sensibilität für moralisches Belastungserleben in der Ethikbildung siehe z.B. Riedel et al. (2022) und Leh-meyer/Riedel (2022).

50 Vgl. Gallagher (2006), S. 223.

51 Siehe hierzu die Darlegungen in der Tabelle unter 2.3. Zur Bedeutung des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers siehe Schmitz/Höhmann (2018).

52 Zur begrifflichen Abgrenzung von ethischer Sensibilität und moralischer Sensibilität siehe Bleyer/Hocher (2024). Im Kontext der Ethikkompetenzen findet man vielfach beide Bezeichnungen oftmals synonym, zumindest aber nicht trennscharf verwendet.

53 Siehe Luo et al. (2023), Riedel/Giese (2019) und Nesime/Belgin (2022).

von Situationen mit moralischem Gehalt erfordert.⁵⁴ Im praktischen Vollzug von pflegebezogenen Handlungen am dritten Lernort (Simulation) kann diese situationsbezogene Aufmerksamkeit (im Sinne von *moral awareness*, und *moral attentiveness*)⁵⁵ einerseits bewusst entwickelt werden. Andererseits können die ethischen Bewertungen und Bewertungskriterien in der retrospektiven Betrachtung des erfolgten Handelns im Rahmen des Debriefings systematisiert reflektiert werden (z.B. Welche moralischen Gefühle, Emotionen und Intuitionen können in Bezug auf die Situation mit moralischem Gehalt identifiziert und benannt werden? Was kennzeichnet die Situation und welche ethischen Werte spielen in der Situation eine Rolle? Welche ethischen Werte waren in Bezug auf das erfolgte Handeln bzw. Nichthandeln leitend: die professionellen, die persönlich-individuellen oder die Werte des Gegenübers (z.B. des pflegebedürftigen Menschen oder eines Teammitgliedes)? Wurde die Perspektive gewechselt und wenn ja, welche Perspektive war leitend?). Ethische Sensibilität als zentrale Ethik(teil-)kompetenz⁵⁶ kann mittels einer Simulation wie auch der retrospektiven Reflexion erfahrbar gemacht, verdichtet und in ihrer Bedeutsamkeit gestärkt werden, so dass sich die Lernenden handlungs- und praxisorientiert dieser Kompetenz und ihres Stellenwertes bewusst werden.

Erworbene Kompetenzen im Sinne der Handlungs-, Problemlöse- und Reflexionsfähigkeit sind nicht sichtbar, sondern nur die Performanz als beobachtbares Verhalten kann nachvollzogen werden.⁵⁷ Die Performanz zeigt sich einerseits in der Anwendung und Umsetzung der (definierten) (Teil-)Kompetenzen in konkreten Handlungskontexten sowie im kompetenten Handeln selbst. Andererseits kann sie aus Deutungs- und Handlungsmustern sowie in Teilen aus Handlungsaspekten erschlossen werden, die sich beispielsweise in der Qualität und Angemessenheit der Interaktion, Beziehungsaufnahme und -gestaltung mit den zu Pflegenden (Simulationspatient:innen), insbesondere bei Menschen mit Demenz, artikulieren.⁵⁸ Auch Ethik(teil-)kompetenzen – wie z.B. ethisch sensibles Handeln, ethisch begründete Argumentation, moralischer Mut und insbesondere auch die ethische Haltung und Fähigkeit zum Perspektivwechsel⁵⁹ – lassen sich ausschließlich aus dem Tun bzw. Nichttun erschließen (als Performanz). Das

54 Siehe Bleyer/Hocher (2024), Reynolds/Miller (2015) und Alnajjar/Hashish (2021).

55 Siehe Reynolds/Miller (2015).

56 Gallagher spricht in diesem Zusammenhang von „ethical seeing“ vgl. Gallagher (2006), S. 230-231.

57 Siehe Hiestand et al. (2023) zur Differenzierung von Kompetenz und Performanz sowie Chromsky (1981).

58 Vgl. den Expertenstandard „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“ bei DNQP (2018).

59 Siehe Gallagher (2006).

heißt, dass eine Beurteilung der Frage, ob das am Lernort Theorie erworbene Wissen und, die dort entwickelten Kompetenzen sich in konkreten Situationen auch als Handlungskompetenz zeigen bzw. in konkrete ethische Abwägungs-, Entscheidungs- und Handlungssituationen Eingang finden oder sich in einer entsprechenden Haltung ausdrücken, die Anwendung und Umsetzung ethischer Kompetenzen in konkreten Handlungskontexten fordert. Ethisch bedeutsame Anwendungssituationen können hierfür am dritten Lernort gezielt konzeptualisiert und realisiert werden, nicht nur im Sinne der Kompetenzüberprüfung, sondern auch mit dem Ziel, sich in der Rolle als Lernender in konkreten bzw. exemplarischen ethisch anspruchsvollen Handlungs- und/oder ethischen Entscheidungssituationen als kompetent und selbstwirksam zu erleben. Sie können dadurch auch dazu dienen, Selbstvertrauen zu stärken („self-confidence“⁶⁰).

Hervorzuheben ist, dass Simulationslernen im Kontext ethisch komplexer Sachverhalte angesichts dessen besonders geeignet ist, da weder Entscheidungs- und Handlungsdruck vorhanden ist, noch die Entscheidungen Abhängigkeitssituationen oder Schädigungspotenziale von pflegebedürftigen Personen unterliegen. So können Situationen der Überforderung, aber auch mögliche Fehlentscheidungen und -handlungen am dritten Lernort als Lernanlass genutzt werden, ohne Menschen mit Pflegebedarf zu gefährden oder deren Vulnerabilität zu erhöhen. Verantwortung kann situativ initiiert und reflektiert, reflexive Kompetenzen entwickelt und vertieft sowie „eine positive Fehlerkultur“ befördert werden.⁶¹ Ferner kann Bildung in diesem Rahmen zugleich ethisch sensibel ausgestaltet werden, denn unzumutbare Belastungen für pflegebedürftige Menschen können vermieden, die Intims- und Privatsphäre der vielfach vulnerablen Menschen mit Pflegebedarf kann geschützt und ihre Würde und Autonomie respektiert werden. Menschenrechte werden gewahrt und Patientensicherheit ist nicht berührt.⁶²

Des Weiteren können im geschützten Rahmen des dritten Lernortes potenzielle Werteverletzungen, ethische Konfliktpotenziale und Unsicherheiten zeitnah, handlungs- und situationsbezogen reflektiert und bestenfalls hinsichtlich des zukünftigen Wirkens der Studierenden am Lernort Praxis vorgebeugt werden. Angesichts der Vulnerabilität der Studierenden schützt ein gezieltes und versiertes Debriefing im Rahmen pädagogischer Simulationen – mittels seiner strukturierten Reflexion und retrospektiver Bearbeitung ethischer Konfliktsituationen – ihre moralische Integrität, stärkt bestenfalls ihren moralischen Mut und verhindert moralisches Belastungserleben.⁶³ Dementsprechend formuliert Gallagher im

60 Vgl. WHO (2018), S. 9.

61 Vgl. BIBB (2022), S. 30.

62 Siehe WHO (2018).

63 Zur Vulnerabilität der Lernenden und der Bedeutsamkeit des moralischen Mutes siehe Heggestad et al. (2022).

Rahmen ihrer Darlegung zur Ethiklehre „Formal ,teaching‘ is only one part of ethics education“. ⁶⁴ Diese Aussage unterstreicht – insbesondere angesichts der begrenzten Ressourcen für systematisierte Praxisanleitungen und -begleitungen am Lernort Praxis – den hohen Stellenwert des dritten Lernortes.

2.3. Modulbezogene exemplarische Ethikkompetenzentwicklung

Die von der Fachkommission nach § 53 PflBG im standardisierten Heilkunde-modul „Demenz“ verankerten (Teil-)Kompetenzen heben nicht unmittelbar auf den ethischen Kompetenzerwerb ab. Lediglich eine von zehn dort aufgeführten Kompetenzen expliziert ein ethisches Kompetenzziel. ⁶⁵ Bei näherer Betrachtung sind jedoch auch die weiteren von der Fachkommission statuierten Kompetenz-ziele nicht frei von ethischen Implikationen. Dies betrifft insbesondere das hier exemplarisch zugrunde gelegte Modul, in dem formuliert ist, dass heilkundlich tätige Pflegefachpersonen zukünftig die „Verantwortung für die Planung, Orga-nisation, Gestaltung, Durchführung, Steuerung und Evaluation von Pflege- und Therapieprozessen [...] der Menschen mit Demenz“ ⁶⁶ übernehmen. Die Herausforderung besteht somit einerseits darin, nicht nur den augenscheinlichen, son-der auch den vielfältigen und nicht immer offenkundigen ethischen Implikatio-nen des (kognitiven) Handelns im Rahmen des Moduls gerecht zu werden. An-dererseits gilt es, für Studierende moralische Lern- und Entlastungsräume zu schaffen sowie einen möglichst hohen Lerngewinn zu erzielen. Dieser Anspruch wird in der Ethik nicht durch eine hochtechnisierte Lernumgebung mit Simula-toren („Übungspuppen“) verwirklicht („Simulators don’t teach“ ⁶⁷). Das heißt auch, im Kontext des exemplarischen Moduls ist eine professionelle pädagogi-sche Begleitung mit hoher ethischer und pflegefachlicher Expertise gefordert. ⁶⁸

Für die Ethikkompetenzentwicklung im exemplarischen Modul ist die Si-mulation als Methode am dritten Lernort besonders geeignet, da durch das eigene

64 Vgl. Gallagher (2006), S. 223; siehe auch Martins et al. (2021).

65 Diese Kompetenz ist wie folgt formuliert: „in moralischen Konfliktsituationen begrün-dete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze treffen“; vgl. BIBB (2022), S. 62.

66 Ebd., S. 61-62.

67 Vgl. Breuer (2018), S. 75.

68 Zu den für die Ethikbildung grundlegenden Ethikkompetenzen und pädagogischen Kompetenzen der Lehrenden – im Sinne einer Berufsethik für Lehrende in der Ethik-bildung – siehe Gallagher (2006), Riedel/Giese (2019) und Lehmeier/Riedel (2021), (2022) und (2023). Zu den pädagogisch-didaktischen Anforderungen seitens der Lehren-den am dritten Lernort siehe z.B. INACSL Standards Committee (2016a), Hiestand (2023) und Loewenhardt/Herzig (2023).

Erleben im Simulationsszenario affektive und psychomotorische sowie durch das Debriefing kognitive und haltungsbezogene Ethik(teil-)kompetenzen nachhaltig angebahnt werden können. Bezugnehmend auf die exemplarische heilkundliche Tätigkeit ist im Modulhandbuch folgende Ethikkompetenz ausgewiesen: Die Lernenden „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“.⁶⁹ Methodisch wird vorgeschlagen, diese Ethikkompetenz am dritten Lernort mittels der Durchführung von ethischen Fallbesprechungen „zu komplexen Situationen (Dilemmata), die eine erweiterte fachlich und ethisch begründete Entscheidung erfordern“, zu entwickeln sowie im Rahmen einer Lern- und Arbeitsaufgabe „eine fallbezogene Reflexion ethischer Aspekte im Versorgungskontext“ anzuregen.⁷⁰

Der dritte Lernort ist als ein geschützter Rahmen sowohl für die methodische Umsetzung einer ethischen Fallbesprechung wie auch zum Erwerb der geforderten Ethikkompetenz geeignet, denn er

- ermöglicht die Simulation einer ethischen Fallbesprechung,
- ermöglicht die Einübung ethischer Reflexion,
- fordert ethische Sensibilität,
- ermöglicht das Zeigen und Einfordern von moralischem Mut,
- eröffnet den Perspektivenwechsel durch die Einnahme situationsbezogener (fiktiver) Rollen und Werte,
- fordert ethische Reflexion (im Rahmen der Simulation),
- fordert ethische Reflexion der eigenen Haltung (Debriefing) und
- ermöglicht im Rahmen der drei Phasen der Simulation, die zentralen Ethikkompetenzen einzubinden (Tab. 1).

Die nachfolgende Tabelle zeigt exemplarisch die Verbindung der zentralen Ethik(teil-)kompetenzen von Pflegefachpersonen nach Gallagher (2006) sowie deren Wissenskomponenten. Die Darstellung ordnet diese den drei Lernorten sowie den drei Phasen der Simulation zu und verdeutlicht somit auch die notwendige Verbindung zwischen den Lernorten im Rahmen der Ethikbildung. Die Tabelle hat folglich das Ziel, in einer übergreifenden Weise – exemplarisch an einer geforderten Ethikkompetenz⁷¹ – die Zusammenhänge der drei Lernorte, die Elemente des Lehrens und Lernens am dritten Lernort wie auch mögliche Lehr- und Lerngegenstände in Bezug auf die relevanten Phasen einer Simulation darzustellen und die Einbindung des dritten Lernortes im Rahmen des Theorie-Praxis-Theorie-Transfers zu unterstreichen.⁷²

69 Vgl. BIBB (2022), S. 62.

70 Ebd., S. 67.

71 Ebd., S. 62.

72 Ebd., S. 62, S. 67 und siehe Gallagher (2006).

| Ethical knowing | Ethical seeing | Ethical reflecting | Ethical doing | Ethical reflecting | Ethical being |
|---|---|---|---|---|---|
| Wissenskomponente | Wahrnehmungskomponente | Reflexive Komponente | Handlungskomponente | Reflexive Komponente | Charakterliche (Haltungs-)Komponente |
| Dritter Lernort | | | | | |
| Lernort Theorie | Simulationssequenz | Simulationssequenz | Simulationssequenz | Debriefing | Lernort Praxis |
| Lehrveranstaltung | Briefing | Simulationssequenz | Simulationssequenz | Debriefing | Transferaufgabe |
| Theoretischer Wissenserwerb, z.B. in Bezug auf pflegerische Ansätze, die Bedeutung systematisierter ethischer Reflexion, Professionsethik | Einführung in den komplexen ethischen Fall und die Methode der ethischen Fallbesprechung sowie möglicherweise in die zu vertretende Rolle | Ethisch sensibles Wahrnehmen, Beobachten, proaktives Durchleben ethisch relevanter Situationen | Reflektieren/ Abwägen der Optionen angesichts der beteiligten und betroffenen Werte | Erarbeiten des Konsenses/ der situativ ethisch gut begründeten Entscheidung | Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. des Einflusses des professionellen und persönlichen Wertekompasses, des persönlichen Einstehens für vulnerable Personen und Werte |
| | | Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. Reflexion der Wertorientierung, des beteiligten ethischen Ansatzes, des Perspektivwechsels, Reflexion der eigenen Haltung und des moralischen Mutes | | Retrospektive Situationsanalyse und Selbstreflexion: u.a. des Einflusses des professionellen und persönlichen Wertekompasses, des persönlichen Einstehens für vulnerable Personen und Werte | Ethische Werte vertreten, Entscheidungen ethisch begründen. Perspektiven wechseln, Werteverletzungen benennen, verschiedene pflegerische Ansätze in ethische Entscheidungen einbinden |

Tab. 1: Anbahnung ethischer Kompetenzen nach Gallagher (2006) im Rahmen des Moduls „Erweiterte heilkundliche Verantwortung für Pflege- und Therapieprozesse mit Menschen, die von einer Demenz betroffen sind“. ⁷³ Zu entwickelnde Ethikkompetenz: Die Lernenden „treffen in moralischen Konfliktsituationen begründete ethische Entscheidungen unter Berücksichtigung pflegeethischer Ansätze“. ⁷⁴

73 Ebd., S. 60.

74 Vgl. BIBB (2022), S. 62.

3. Lebenslange Ethikbildung anbahnen

Sowohl durch die sich mittels der heilkundlichen Tätigkeiten verändernden und gänzlich neuen Kompetenzen als auch vor dem Hintergrund der in den vorliegenden Eckpunkten zum Pflegekompetenzgesetz⁷⁵ gestärkten Kompetenzen, neuen Herausforderungen und umfassenden Erwartungen an Pflegefachpersonen zeigt sich, dass sich die Anforderungen an die Berufsgruppe verändern. Die Rolle der Pflegefachpersonen wird aufgewertet. Zugleich modifizieren sich die Kompetenzen nicht nur entsprechend der stetig steigenden Komplexität der pflegeberuflichen Aufgaben und ethischen Herausforderungen, sondern richten sich sukzessive an einem hohen und vielfach auch höheren Kompetenzniveau aus. Parallel dazu ist zu erwarten, dass sich für zukünftige (akademisch qualifizierte) Pflegefachpersonen im konkreten professionellen Handeln neuartige ethisch herausforderungsvolle Situationen ergeben, die sich in ihrer je spezifischen Komplexität möglicherweise auch in neuen, bislang unbekanntem ethischen Konfliktsituationen zeigen. Zugleich tragen eine gezielte Ethikbildung und fundierte Ethikkompetenz nachweislich zum professionellen und entlastenden Umgang mit moralischem Belastungserleben⁷⁶ wie auch zur Berufszufriedenheit der Pflegefachpersonen bei.⁷⁷ Beide Faktoren wiederum sind grundlegend für die professionelle Ethik in der Pflege wie auch für ethisch reflektiertes und begründetes professionelles Pflegehandeln, für die Pflegequalität und den Berufsverbleib der Pflegefachpersonen. Folglich ist für eine ethisch reflektierte Pflegepraxis sowie zum Erhalt der (moralischen) Integrität der Pflegefachpersonen⁷⁸ nicht nur eine qualifizierte, das gesamte Studium begleitende Ethikbildung, sondern eine lebenslange Ethikbildung grundlegend. So konstatieren z.B. Koskinen et al.: „Ethics is seen as a lifelong practice, not something one finishes [...]“⁷⁹ Daneben verweist der ICN-Ethikkodex für Pflegefachpersonen auf die genuine Verantwortung der Pflegenden:

„Pflegefachpersonen sind persönlich zuständig und verantwortlich für eine ethische Pflegepraxis und den Erhalt ihrer Kompetenzen durch kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung und lebenslanges Lernen.“⁸⁰

75 Siehe BMG (2023).

76 Siehe Kulju et al. (2016), Andersson et al. (2022), Zeydi et al. (2022), Loyd et al. (2023) und Riedel et al. (2023).

77 Siehe Poikkeus et al. (2020).

78 Siehe Sastrawan et al. (2019) und Seidlein/Kuhn (2022).

79 Vgl. Koskinen et al. (2022), S. 1008.

80 Vgl. ICN (2021), S. 13 und S. 14.

Lebenslange Ethikbildung – als genuiner Gegenstand lebenslangen Lernens⁸¹ – kann im geschützten Rahmen des dritten Lernortes angebahnt werden, indem an exemplarischen Lehr- und Lerninhalten grundlegende Ethikkompetenzen entwickelt und verdichtet werden. Diese Intensität der Ethikbildung ist in den begrenzten Praxisphasen im Studienverlauf in der Form vielerorts nicht realisierbar. Das heißt, der dritte Lernort ermöglicht ein Mehr an praxisrelevanter und -bezogener Ethikkompetenzentwicklung und unterstreicht somit auch, dass Ethik genuiner Gegenstand von professionellem Pflegehandeln ist und in der Folge eine lebenslange Ethikbildung einfordert.

Der dritte Lernort ermöglicht nicht nur eine systematisierte und pädagogisch-didaktisch versierte Ethikbildung, vielmehr lässt sich diese in dem geschützten Rahmen auch ethisch akzeptabel und moralisch vertretbar realisieren, da Simulationen sowohl die vulnerablen pflegebedürftigen Menschen wie auch die vulnerablen Lernenden schützen. In diesem Sinne manifestiert Ethikbildung und Ethikkompetenzentwicklung am dritten Lernort auch eine Form ethischer Pflegebildungskultur.

Interessenkonflikte: Keine

81 Lebenslanges Lernen wird hier verstanden als ein die gesamte Berufsbiografie begleitender Kompetenzerwerb; siehe Hof (2022) und Opitz et al. (2023).