UNIVERSITÄT AUGSBURG
Universitätsbibliothek

OPEN ACCESS
OPUS AUGSBURG

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium

Katja Kühlmeyer, Andreas Wolkenstein, Mathias Schütz, Verina Wild, Georg Marckmann

Angaben zur Veröffentlichung / Publication details:

Kühlmeyer, Katja, Andreas Wolkenstein, Mathias Schütz, Verina Wild, and Georg Marckmann. 2022. "Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium." *Ethik in der Medizin* 34: 301–18. https://doi.org/10.1007/s00481-022-00700-2.

Nutzungsbedingungen / Terms of use:

CC BY 4.0

Dieses Dokument wird unter folgenden Bedingungen zur Verfügung gestellt: / This document is made available under these conditions:
CC-BY 4.0: Creative Commons: Namensnennung
Weitere Informationen finden Sie unter: / For more information see:
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de

Ethik Med (2022) 34:301–318
https://doi.org/10.1007/s00481-022-00700-2

ORIGINALARBEIT

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium

Katja Kühlmeyer · Andreas Wolkenstein · Mathias Schütz · Verina Wild · Georg Marckmann

Eingegangen: 2. Dezember 2021 / Angenommen: 10. März 2022 / Online publiziert: 2. Mai 2022
© Der/die Autor(en) 2022

Zusammenfassung Die anstehenden Reformen des Medizinstudiums nach den Vorgaben des Masterplans 2020 sehen eine kompetenzorientierte Neustrukturierung des Medizinstudiums vor. Dieser Artikel zielt darauf ab, Perspektiven aufzuzeigen, wie der Ethik-Unterricht im Medizinstudium noch stärker kompetenzorientiert ausgerichtet werden kann. Er verfolgt damit das Ziel, den Kompetenzbegriff für die Medizinethik greifbarer und für die Gestaltung der Medizinethik-Lehre nutzbar zu machen. Kompetenzen verstehen wir als Handlungsdispositionen, die zur Problemlösung befähigen. Durch Übertragung des Konzepts der moralischen Intelligenz auf das moralische Handeln von Ärzt:innen in der Patient:innenversorgung spezifizieren wir fünf *ethisch-moralische* Kompetenzen, die für moralisch angemessenes, ethisch reflektiertes professionelles Handeln angehender Ärzt:innen angelegt sein müssen: 1.) die Fähigkeit zur Ausgestaltung eines professionellen moralischen Kompasses, 2.) die Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten, 3.) die Fähigkeit zur Wahrnehmung moralischer Dimensionen ärztlichen Handelns, 4.) die Fähigkeit zum moralischen Urteilen anhand ethischer Überlegungen über das richtige Handeln und 5.) die Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns. Wir illustrieren ihre Bedeutung für die Medizinethik-Lehre am Beispiel des Unterrichts zur Ethik der Patient:innenversorgung (u. a. Klinische Ethik) im Medizinstudium. Unsere Konzeptualisierung ethisch-moralischer Kompetenzen kann dazu verwendet werden, konkrete Lehrangebote kompetenzorientiert auszugestalten. Unser Vorge-

Dr. rer. biol. hum., Dipl.-Psych. Katja Kühlmeyer (✉) · Andreas Wolkenstein, M.A. · Dr. phil. Mathias Schütz, M.A. · Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München, Lessingstr. 2, 80336 München, Deutschland
E-Mail: katja.kuehlmeyer@med.lmu.de

Prof. Dr. med. Verina Wild
Professur für Ethik der Medizin, Universität Augsburg, Augsburg, Deutschland

hen kann analog auf andere Bereiche der Lehre von Ethik im Gesundheitswesen übertragen werden.

Schlüsselwörter Ethische Kompetenz · Ethikbildung · Medizinische Ausbildung · GTE · Moralische Intelligenz · Professionsethik

Competency-oriented teaching of ethics in medical schools

Abstract
Definition of the problem The upcoming reforms according to the specifications of the Master Plan 2020 provide for a competency-oriented restructuring of medical studies. This article aims to develop perspectives on how teaching ethics in medical studies can be more strongly oriented at building competencies. In this way, it pursues the goal of making the concept of competency more tangible for medical ethics and usable for the design of medical ethics education.
Arguments We understand competencies as dispositions for actions that enable problem solving. By transferring the concept of moral intelligence to the moral actions of physicians in patient care, we specify five ethical–moral competencies that must be present for morally appropriate, ethically reflected actions by future physicians: (1) the ability to form a professional moral compass, (2) the willingness to align oneself with professional ethical norms and values, (3) the ability to perceive moral dimensions of medical action, (4) the ability to make moral judgments based on ethical considerations about the right action, and (5) the willingness to realize ethically justified action. We illustrate their importance for teaching medical ethics using the example of teaching clinical ethics in medical studies.
Conclusion Our conceptualization of moral–ethical competencies can be used to design concrete courses in a competency-oriented way. Our approach could be applied analogously to other areas of teaching ethics in health care.

Keywords Ethical competency · Ethical education · Medical education · Ethics teaching · Moral intelligence · Professional ethics

Einleitung

Die Medizin war schon immer ein praxisorientiertes Unterrichtsfach. Dennoch besteht ein Bedarf zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung. Die Vermittlung und Prüfung von Wissen soll in den Hintergrund treten zugunsten einer stärkeren Orientierung daran, Studierende auf das ärztliche Handeln vorzubereiten. Die anstehenden Reformen des Medizinstudiums nach den Vorgaben des Masterplans 2020 sehen eine kompetenzorientierte Neustrukturierung des Medizinstudiums vor (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2015; BMBF 2017; BMG 2020). Beim kompetenzorientierten Unterricht erfolgt eine Ausrichtung an kompetenzbasierten Lernzielen. Diese sind so formuliert, dass dem jeweils erforderlichen ärztlichen Handeln eine Kompetenz – eine Voraussetzung zum Handeln – zugeordnet wird.

Bereits vor 35 Jahren wurde medizinethische Hochschullehre als eine „Erziehung zur Ethikfähigkeit“ charakterisiert (Fuchs 1987). Die Entwicklung von Kompetenzen wird in der Didaktik der Medizinethik schon lange gefordert (z. B. Neitzke und Fehr 2003). Die Grundlagen für die kompetenzorientierte Ausrichtung des Faches wurden bereits Anfang der 2000er-Jahre gelegt und immer wieder kritisch diskutiert (Biller-Andorno et al. 2003; Bobbert 2013). Moralische Kompetenz basiert auf einer Integration von Wissen, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Haltungen, die bereits 2009 von der Akademie der Ethik in der Medizin (AEM) und dem Fachverband Medizingeschichte in Überlegungen zum Unterricht im Querschnittsbereich „Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin (GTE)“ formuliert wurden (Fachverband für Medizingeschichte und AEM 2009). Es stellt sich vor diesem Hintergrund die Frage, ob die nun geforderte Kompetenzorientierung tatsächlich etwas Neues zur Didaktik der Medizinethik beitragen wird.

In diesem Artikel zielen wir darauf ab zu untersuchen, was Kompetenzorientierung in der Ethik-Lehre im Medizinstudium in Deutschland bedeuten kann. Eine Spezifizierung des Kompetenzbegriffs für die Medizinethik ist wichtig, um Dozierenden Anhaltspunkte für eine kompetenzorientierte Ausrichtung ihres Unterrichts zu geben. Sie ist darüber hinaus von politischer Bedeutung, um das Fach Medizinethik in den Reformprozessen an den medizinischen Fakultäten adäquat positionieren zu können. Konkret möchten wir den Kompetenzbegriff für die Medizinethik-Lehre nutzbar machen, indem wir ihn auf verschiedenen Abstraktionsebenen rekonstruieren und dann für einen Anwendungskontext konkretisieren. Zunächst rekonstruieren wir den Kompetenzbegriff für die Hochschul- und Ethik-Lehre. Dann konkretisieren wir ihn für die Medizinethik-Lehre im Medizinstudium. Ausgehend vom Konzept der moralischen Intelligenz beschreiben wir ein Konzept für ethisch-moralische Kompetenzen. Aufgrund der großen Bedeutung für die Ärzt:innenausbildung führen wir unsere Überlegungen für die Ethik der Patientenversorgung (u. a. Klinische Ethik) aus. Wir gehen aber davon aus, dass sich das hier vorgeschlagene Vorgehen auf andere Teilbereiche der Lehre von Ethik im Gesundheitswesen (z. B. Forschungsethik oder Public-Health-Ethik) übertragen lässt. Wir schließen mit Überlegungen, welchen Beitrag unser Vorschlag zur didaktischen Ausrichtung von Medizinethik-Lehre leisten kann.

Kompetenzorientierte Lehre an Hochschulen

In der hochschuldidaktischen Literatur besteht Konsens darüber, dass es sich bei der Hinwendung zu einer kompetenzorientierten Lehre um einen Paradigmenwechsel handelt (Michelsen und Rieckmann 2014). Es besteht jedoch kaum Einigkeit darüber, was mit dem Kompetenzbegriff gemeint sein soll. Kompetenz hat schon rein sprachlich eine Vielzahl von Bedeutungen. In seiner hochschuldidaktisch relevanten Bedeutung bezeichnet Kompetenz *Sachverstand* und *Fähigkeiten*, für die Ausbildung in einer Profession kann aber auch das Verständnis als *Zuständigkeit* bedeutsam sein (Duden 2021). Nach einem verbreiteten Verständnis bezieht sich der Kompetenzbegriff in der Hochschullehre auf die Entwicklung von *Handlungsdispositionen*, für die eine Vermittlung von Wissen alleine zu kurz greift (Hartig

und Klieme 2006; Schaper 2012; Walzik 2012; Michelsen und Rieckmann 2014). Weinert definiert Kompetenzen wie folgt: „Kompetenzen sind die bei Individuen verfügbaren oder erlernbaren kognitiven Fähigkeiten und Fertigkeiten, bestimmte Probleme zu lösen, sowie die damit verbundenen motivationalen, volitionalen und sozialen Bereitschaften und Fähigkeiten, die Problemlösungen in variablen Situationen erfolgreich und verantwortungsvoll nutzen zu können“ (Weinert 2001, S. 27).

In Anlehnung daran unterscheidet Walzik (2012) drei Dimensionen von Kompetenzentwicklung:

1. sich *Wissen* zu erschließen, d. h. Fähigkeiten im Sinne eines kognitiven Handelns auszubilden,
2. *Grundhaltungen* einzunehmen, d. h. nicht nur Werte zu kennen, sondern die Bereitschaften aufzuweisen, diese zu vertreten, und
3. *Fertigkeiten* im Sinne eines handhabend-gestaltenden Wirkens zu entwickeln.

Kompetenz beschreibt in Bezug auf diese Komponenten ein interdependentes Gefüge, dessen Bestandteile im Zusammenspiel gefördert werden sollten. Dies erfordert einen Wechsel von einer Didaktik der Vermittlung zu einer Didaktik der Ermöglichung (Arnold 2002). Das Ziel der Lehre muss demnach in einer Ermöglichung von Lernerfahrungen liegen, um Studierenden die Gelegenheit zu geben, Kompetenzen (weiter) zu entwickeln. Kompetenz ist zwar immer handlungsorientiert, aber keineswegs gleichbedeutend mit Performanz (Walzik 2012). Kompetenzen beschreiben demnach auch kein (anerzogenes) richtiges Verhalten, sondern eine grundlegende Befähigung zu handeln.

Darüber hinaus ist die *Kontextabhängigkeit* von Kompetenzen für die Hochschullehre relevant. Dabei erweist sich die Unterscheidung zwischen allgemeinen und domänenspezifischen Kompetenzen als hilfreich. Während es sich zum Beispiel bei der Textkompetenz oder der sozialen Kompetenz um allgemeine Kompetenzen handelt, liegen domänenspezifische Kompetenzen dann vor, „wenn sie eine Fähigkeit zur Problemlösung erfassen, die man (in einem gewissen Umfang) tatsächlich besitzen muss, um in einer bestimmten Wissens- oder Praxis-Domäne als Experte oder zumindest als minimal leistungsfähig zu gelten“ (Eichler und Moritz 2017, S. 10). Diese Differenzierung entspricht der Unterscheidung von Schlüsselkompetenzen und Fachkompetenzen (Schaper 2012; Michelsen und Rieckmann 2014).

Kompetenzorientierte Lehre im Ethik-Unterricht

Ethische Kompetenzen lassen sich allgemein aus dem Gegenstand ableiten, mit dem sich die Ethik beschäftigt: Mit der Frage nach dem richtigen bzw. guten Handeln bei praktischen Problemen. Mit einem praktischen Problem konfrontiert, werden Handelnde fragen: „Was soll ich tun?“ Dabei ist die Frage nicht im technischen Sinne – wie soll ich ein bestimmtes Ziel erreichen? –, sondern im moralischen Sinne gemeint: Welches Handeln ist in einer bestimmten Situation mit Blick auf relevante moralische Normen und Verpflichtungen geboten? Ethische Kompetenzen können nach Eichler und Moritz (2017, S. 13) verstanden werden als „kognitive

Fähigkeiten (...), die es Individuen ermöglichen, praktische Probleme in deren Verbindung mit moralischen Problemen kritisch zu reflektieren und auf diese Weise, zumindest graduell, zu bewältigen". Dabei beziehen sich Eichler und Moritz hier explizit auf kognitive Fähigkeiten für das Problemlösen. Dennoch zeigt ihr Hinweis auf die multidimensionale Natur des Kompetenzbegriffs, dass sie an den Kompetenzbegriff nach Weinert (2001) anschließen und neben kognitiven Elementen auch motivationale, volitionale und soziale Elemente berücksichtigen. Demzufolge zielt Ethikdidaktik nicht nur auf kognitive Fähigkeiten zum Problemlösen ab, sondern adressiert, wie die jeweilige Lösung des praktischen Problems umgesetzt wird. Dies beinhaltet zum Beispiel die Frage nach der Motivation zum richtigen Handeln. Demnach betonen Eichler und Moritz, dass es Ziel des Ethik-Unterrichts sei, Fähigkeiten zu vermitteln, „welche die Voraussetzung für ein an solcher Reflexion orientiertes Handeln bilden" (Eichler und Moritz 2017, S. 13).

Dabei kommt die gängige Unterscheidung zwischen Ethik und Moral zum Tragen: „Moral" bezeichnet ein System von konkreten Handlungsimperativen, während sich „Ethik" auf die Reflexion von Moral bezieht. Ethische Kompetenzen sind demzufolge Fähigkeiten, praktische Probleme durch Nachdenken über bestimmte moralische Handlungsimperative zu lösen. Moralische Imperative fordern für praktische Probleme Handlungsweisen, die sich unserem Verständnis nach an zwei Arten von Kriterien orientieren: Entweder lösen sie praktische Probleme, indem sie diejenigen Handlungsweisen herausfiltern, die sich aus einer Konzeption des guten Lebens ergeben, oder sie verlangen in Bezug auf praktische Probleme jene Handlungen, die von Menschen unter bestimmten Bedingungen gefordert werden können. Ein Beispiel für Letzteres ist die kantische Idee, wonach kategorisch gefordert ist, andere Menschen immer als Selbstzweck (und nie als reines Mittel zum Zweck) zu behandeln. Es können unterschiedliche Überlegungen angestellt werden, um Antworten auf ethische Fragen zu begründen, z. B. Überlegungen zu den Konsequenzen von Handlungen, zu den Charaktereigenschaften von Handelnden oder zu Handlungspflichten. Weitere Überlegungen betreffen die theoretische Klärung von Fragen, die diesen Kriterien zu Grunde liegen – etwa evaluative Fragen (Was macht das gute Leben aus?) – und die Anwendung moralischer Imperative auf konkrete praktische Probleme. Aus diesem Gegenstandsbereich ergibt sich eine Konzeption von Ethik-Unterricht, die sowohl kognitive Reflexions- und Problemlösefähigkeiten wie auch Fähigkeiten des Praxistransfers im Sinne einer möglichen Anleitung für die eigene Lebenspraxis beinhaltet. In der Ethikdidaktik liegt also der Schwerpunkt in einer kognitiv ausgerichteten Wissensdomäne zur realitätsnahen Reflexion praktischer Probleme. Im Zentrum steht demnach die Förderung einer ethischen Reflexionskompetenz.

Kompetenzorientierte Ethik-Lehre im Medizinstudium

Angesichts der Handlungsorientierung der Medizin sollte sich die Ethik-Lehre im Medizinstudium wesentlich an der Förderung ethischer Kompetenzen orientieren. Das zentrale Ziel medizinethischer Hochschullehre sollte folglich – konzeptionell wie pragmatisch – in der selbstständigen Erschließung und Weiterentwicklung grundlegender Voraussetzungen für moralisch angemessenes professionelles Han-

deln liegen. Durch die erweiterten Eingriffsmöglichkeiten der modernen Medizin und die zunehmende Pluralisierung von Wertüberzeugungen in unserer Gesellschaft sind die Bedingungen für die Realisierung etablierter moralischer ärztlicher Verpflichtungen komplexer geworden. Beispielhaft erwähnt seien die erweiterten Möglichkeiten der genetischen Diagnostik, des Erhalts menschlichen Lebens in der Intensivmedizin oder die Optimierung des menschlichen Körpers und seiner Funktionen. Um auch in Bezug auf komplexe Probleme moralisch angemessen handeln zu können, ist von Ärzt:innen deshalb zunehmend eine *ethische Reflexionskompetenz* gefordert. Die Förderung ethischer Reflexionskompetenz allein ohne die Umsetzung in eine Handlung zu bedenken, würde aber nicht ausreichen. Als wesentlicher Aspekt muss hier außerdem die Förderung der Motivation hinzukommen, sich an professionellen moralischen Normen und Werten im Handeln auszurichten. Insbesondere müssen Ärzt:innen in der Lage sein, ethische Fragen zu erkennen, die sich bei der Anwendung der moralischen Verpflichtungen in den verschiedenen Praxisbereichen ergeben. Ethische Fragen können sich zum einen bei der Konkretisierung der moralischen Verpflichtungen ergeben. Ein Beispiel wäre eine Antwort auf die Frage: „Was bedeuten die Wohltunsverpflichtungen bei einem Patienten mit einer schwersten, irreversiblen Gehirnschädigung?“ Zum anderen können ethische Fragen in Konflikten zwischen moralischen Verpflichtungen auftreten. Ein Beispiel dafür wäre die Beantwortung der Frage: „Wie ist mit einem Patientenwunsch nach einer Behandlung mit einem sehr ungünstigen Nutzen-Schaden-Verhältnis umzugehen?“ Die im Medizinstudium zu vermittelnden ethischen Kompetenzen sollten im Kern auf eine Ausbildung von Problemlösestrategien abzielen, durch die Ärzt:innen gut begründete Antworten auf die vielfältigen normativ-ethischen Fragen über das moralisch richtige Handeln in ihrem Berufsalltag finden können.

Welche Voraussetzungen für moralisch wünschenswertes Handeln erforderlich sind, lässt sich aus dem Konzept der moralischen Intelligenz ableiten (Lennick und Kiel 2005; Tanner und Christen 2014; Tewes 2015). Intelligenz wird gemeinhin als kognitive Fähigkeit verstanden. Moralische Intelligenz beschreibt diejenigen Eigenschaften einer Person, die Grundvoraussetzungen für moralisches Handeln sind.

Intelligenz und Kompetenz sind begrifflich miteinander verwandt, haben inhaltliche Überschneidungen und einen durch empirische Forschung nachgewiesenen Zusammenhang (Hartig und Klieme 2006). Da die Medizinethik-Lehre aber auf die Entwicklung von Kompetenzen und nicht auf Intelligenz abzielt, ist die Abgrenzung beider Begriffe wichtig. Hartig und Klieme (2006) unterscheiden Kompetenz von Intelligenz in Bezug auf drei Aspekte: a) Kontextualisierung, b) Lernbarkeit und c) der Fokus bei der Definition von Binnenstrukturen:

a) *Kontextualisierung*: Während mit Intelligenz die Fähigkeit gemeint ist, neue Probleme ohne spezifisches Vorwissen bewältigen zu können, ist Kompetenz als eine auf bestimmte Situationen und Aufgaben bezogene Problemlösefähigkeit zu verstehen. Sie wird in einem bestimmten Handlungskontext ausgebildet. Im Arztberuf handelt es sich z. B. um Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten und Einstellungen, die wertebezogene Behandlungsentscheidungen ermöglichen. Diese sind von rein technischen Behandlungsentscheidungen zu unterscheiden, bei denen es

beispielsweise darum geht zu ermitteln, mit welchem Medikament sich ein bestimmter Blutwert verbessern lässt.

b) *Lernbarkeit*: Intelligenz bezeichnet eine Art kognitive Leistungsfähigkeit und verweist damit auf eine relativ stabile Eigenschaft einer (gesunden) Person. Ein wesentliches Charakteristikum von Kompetenzen ist, dass sie durch Lernen entwickelt werden. Das ergibt sich bereits daraus, dass es sich bei Kompetenzen oft um bereichsspezifische Handlungsdispositionen handelt. Das Handeln in Bezug auf spezifische Situationen und Anforderungen legt nahe, dass der Kompetenzerwerb durch das Sammeln und Reflektieren von Erfahrungen in entsprechenden Situationen bzw. mit entsprechenden Aufgaben erfolgt. Das bedeutet zwangsläufig, dass Kompetenz auch fluktuieren kann.
c) *Definition von Binnenstrukturen*: Während beim Intelligenzkonzept kognitive und neurobiologische Basisprozesse für die Erklärung von Differenzen herangezogen werden (z. B. Wahrnehmungsgeschwindigkeit, Gedächtnis, räumliches Denken, allgemeines Schlussfolgern usw.), sind es bei der Kompetenz Anforderungen einer Situation, in der bestimmte Handlungen relevant sind, die eine Kompetenz in weitere Bestandteile strukturiert.

Konzepte moralischer Intelligenz stehen in der Tradition psychologischer Forschung zur menschlichen Moralfähigkeit. Für die Ausrichtung eines kompetenzorientierten Medizinethik-Unterrichts halten wir die Komponenten der moralischen Intelligenz nach Tanner und Christen für geeignet, unsere Überlegungen zu konkretisieren (Tanner und Christen 2014; Christen et al. 2016). Tanner und Christen definieren moralische Intelligenz als „Fähigkeit, moralische Informationen zu verarbeiten und sich dabei selbst zu regulieren, damit moralisch wünschenswerte Ziele erreicht werden können“ (Tanner und Christen 2014, S. 120, eigene Übersetzung).

Die wesentlichen Komponenten moralischer Intelligenz sind (Christen et al. 2016):

1. Das Verfügen über einen *moralischen Kompass* als Orientierung für moralisches Handeln,
2. die Bereitschaft und Fähigkeit, sich an moralischen Normen und Werten zu orientieren (*moralische Selbstverpflichtung*),
3. die wahrnehmungsbezogene Fähigkeit, moralische Fragen im alltäglichen Handeln zu erkennen (*moralische Sensibilität*),
4. die Fähigkeit, in Entscheidungskonflikten Lösungen zu finden, die moralischen Ansprüchen gerecht werden können (*moralisches Problemlösen*) und
5. die handlungsbezogene Fähigkeit, eine Entscheidung selbst bei Handlungsbarrieren in die Tat umzusetzen (*moralische Durchsetzungskraft*).

Auf dieser Grundlage haben wir ein Konzept für ethisch-moralische Kompetenzen von Ärzt:innen entwickelt, das für die Medizinethik-Lehre im Medizinstudium handlungsleitend sein soll. Wir werden es im folgenden Abschnitt am Beispiel der Ethik der Patient:innenversorgung erläutern.

Ethisch-moralische Kompetenzen für die ärztliche Patient:innenversorgung

Wenn wir nun das Modell der moralischen Intelligenz auf die Patient:innenversorgung übertragen, können wir fünf ethisch-moralische Kompetenzen spezifizieren, die für moralisch angemessenes, ethisch reflektiertes Handeln angehender Ärzt:innen angelegt sein müssen. Diese Kompetenzen beinhalten sowohl die Fähigkeit zur Orientierung des Handelns an geteilten moralischen Werten und Normen von Ärzt:innen (Berufsethos) als auch die ethische Reflexions- und Urteilsfähigkeit (Professionsethik). Wir beschreiben die fünf Kompetenzen im Folgenden für die Domäne der ärztlichen Patientenversorgung relativ kontextunabhängig. Sie lassen sich innerhalb dieser Domäne für unterschiedliche Handlungskontexte (z. B. für die Ärzt:innen-Patient:innen-Beziehung, Transplantationsmedizin, Kinder- und Jugendmedizin) weiter konkretisieren.

Sie lauten:

I. Die Fähigkeit zur Ausgestaltung eines professionellen moralischen Kompasses,
II. Die Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten,
III. Die Fähigkeit zur Wahrnehmung moralischer Dimensionen ärztlichen Handelns,
IV. Die Fähigkeit zum moralischen Urteilen anhand ethischer Überlegungen über das richtige Handeln,
V. Die Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns.

Die Fähigkeit zur Ausgestaltung eines professionellen moralischen Kompasses

Die Metapher eines Kompasses deutet auf ein Instrument hin, das in Relation zum eigenen Standpunkt eine Richtung anzeigt. Ein moralischer Kompass verweist auf moralische Orientierungspunkte. Ein professioneller moralischer Kompass zeigt moralische Standards und Normen auf, anhand derer Ärzt:innen ihr berufliches Handeln bewerten und ausrichten sollen (Berufsethos). Die Normen sind historisch gewachsen und pluralistisch. Es handelt sich um verschiedene moralische Orientierungspunkte, die nebeneinander existieren und in ihrer Gesamtheit ein komplexes Muster ergeben. Der Umgang mit Orientierungspunkten manifestiert sich im Denken und Handeln von Ärzt:innen in Form von kollektiven Orientierungsschemata, d. h. verinnerlichten Vorstellungen davon, wie normalerweise mit normativen Anforderungen umzugehen ist. In einen moralischen Kompass gehen üblicherweise unter Ärzt:innen geteilte Werte, Normen, Prinzipien und moralische Überzeugungen, aber auch individuelle Glaubenssätze und persönliche Ziele mit ein (Tanner und Christen 2014).

Die Inhalte eines ärztlichen moralischen Kompasses ergeben sich anhand professioneller Rollenerwartungen, also zum Beispiel anhand von rollenspezifischen Rechten und Pflichten. Für die ärztliche Rolle konstitutive moralische Verpflichtungen wie Fürsorge, Nichtschaden oder die Schweigepflicht waren bereits in der Antike im Hippokratischen Eid schriftlich festgelegt. Ferner können auch Tugenden Teil eines moralischen Kompasses sein (zum Beispiel Vorstellungen, was den Charakter einer guten Ärztin/eines guten Arztes ausmacht). Aktuell sind solche Rollenerwartungen in den ärztlichen Berufsordnungen der Landesärztekammern kodi-

fiziert. Solche Verordnungen geben wesentliche moralische Orientierungspunkte für alle Mitglieder der ärztlichen Berufsgruppe vor. Die moralische Grundausrichtung der ärztlichen Rolle kann sich im Laufe der Zeit verändern. So ist beispielsweise der Stellenwert des Respekts der Autonomie von Patient:innen seit der Mitte des 20. Jahrhunderts, auch in Reaktion auf Einflüsse von außerhalb der Ärzteschaft wie etwa juristische Vorgaben, deutlich gestiegen. Darüber hinaus können sich Berufsordnungen regional unterscheiden. Dies wird zum Beispiel an einer unterschiedlichen Handhabung im Umgang mit der Frage, ob die Hilfe zur Selbsttötung ärztliche Aufgabe sein darf bzw. soll, deutlich.

Um einen moralischen Kompass auszubilden, sind Gelegenheiten zur Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Professionsethos notwendig. Dabei sollte deutlich werden, dass sich professionsethische Normen weder auf veraltete Traditionen noch auf arbiträre individuelle Glaubenssätze stützt, sondern dass sie von einer wissenschaftlichen Debatte im Bereich der angewandten Ethik unterlegt und in einer stetigen, gesellschaftlich beeinflussten Weiterentwicklung begriffen ist (Düwell und Steigleder 2003). Bei der Ausbildung eines moralischen Kompasses kann beispielsweise die Kenntnis medizinethischer Prinzipien (z. B. des Respekts der Autonomie, Nichtschaden, Nutzen, Gerechtigkeit) von Bedeutung sein, aber es ist auch wichtig, diese konkretisieren zu können (z. B. Spezifizierung von Autonomie im Kontext informierter Einwilligung in eine Behandlung). Darüber hinaus sollte auch die Genese von Geboten für moralisches Handeln bekannt sein. Die bereits im hippokratischen Eid formulierten Gebote, dem Patienten zu nutzen und nach Möglichkeit nicht zu schaden, sind beispielsweise in der für die Interaktion von Ärzt:innen und Patient:innen charakteristischen Grundsituation von Not und Hilfe begründet. Die moralischen Prinzipien sollen sicherstellen, dass Ärzt:innen ihre Macht nicht missbrauchen und sie stattdessen in den Dienst der Patient:innen stellen (Wiesing und Marckmann 2009). Ob die Kenntnis moralischer Normen dann tatsächlich in Handlungen überführt wird, ist von weiteren Faktoren abhängig, unter anderem von der Motivation, sich an diesen auszurichten.

Die Ausrichtungsbereitschaft an professionsethischen Normen und Werten

Moralische Verfehlungen resultieren häufig nicht aus fehlenden Kenntnissen, was getan werden sollte, sondern aus unzureichender Motivation, moralisch wünschenswerte Ziele anzustreben. Das macht die Bereitschaft, sich an einem moralischen Kompass auszurichten, zu einer Art Schlüsselkomponente moralischer Intelligenz. Tanner und Christen (2014) verweisen auf eine Selbstverpflichtung zum moralischen Handeln, durch die moralische Ziele Vorrang gegenüber anderen Zielen erhalten.

Die moralische Selbstverpflichtung der ärztlichen Profession auf das Berufsethos ist unverzichtbare Grundlage für das Vertrauen von Patient:innen in das System der ärztlichen Hilfe (Wiesing und Marckmann 2009). Um ihr nachzukommen, brauchen Ärzt:innen Fähigkeiten und Haltungen. Um sich beispielsweise in Interessenkonflikten nicht an egoistischen, sondern an Patient:innen dienlichen Zielen auszurichten, ist die Fähigkeit zur Selbstregulation erforderlich, aber auch die Haltung der Fürsorglichkeit gegenüber Patient:innen. Ärzt:innen können sich darin unterscheiden, welches Gewicht sie den unterschiedlichen professionsethischen Orientierungs-

punkten in ihrem ärztlichen Handeln beimessen (vgl. zum Beispiel Umfragen zu Einstellungen von Ärzt:innen zur Sterbehilfe wie Maitra et al. 2002). Die Ausrichtungsbereitschaft an moralischen Standards kann darüber hinaus in Abhängigkeit situativer Faktoren fluktuieren und z. B. im Zustand geistiger Erschöpfung abnehmen (Mead et al. 2009; Gino et al. 2011). Wils (2017) plädiert dafür, dass Ärzt:innen in Deutschland beim Eintritt in ihre Berufstätigkeit einen Eid, das Genfer Gelöbnis, ablegen sollen. Ein solcher Eid ist ein performativer Akt, der einen Übergang markiert. Er bietet eine Gelegenheit, die zentralen professionsethischen Werte, die mit der Annahme dieser sozialen Rolle einhergehen, zu erinnern und zu reflektieren (Dossabhoy et al. 2018). Ein öffentliches Bekenntnis zu diesen Werten ist ein Akt der Selbstverpflichtung, der dabei unterstützen kann, die Ausrichtungsbereitschaft von Berufseinsteiger:innen am ärztlichen Berufsethos zu stärken. Wils fasst das Ablegen eines Eides dementsprechend als ein Versprechen und als einen „Akt der Verbindlichkeit“ auf (Wils 2017, S. 362). Einige Medizinische Hochschulen, die einen solchen Akt mit ihren Studierenden vollziehen, verbinden damit die Hoffnungen, dass durch den Eid gute medizinische Praxis gewährleistet und Fehlverhalten reduziert wird (Green 2017).

Während ein Teil des professionellen moralischen Kompasses ein verinnerlichtes ärztliches Berufsethos darstellt, gibt die Ausrichtungsbereitschaft an ethisch reflektierten Normen und Werten auch über den Stellenwert Auskunft, den eine Norm im konkreten ärztlichen Handeln einnehmen soll. Dieser Stellenwert zeigt sich vor allem in der Reflexion des spezifischen professionellen Handels vor dem Hintergrund ethischer Überlegungen. Die Ausrichtungsbereitschaft verweist dann auch auf die Ressourcen, die in die Lösung von Handlungsprobleme investiert werden. Für die Entwicklung solcher Lösungen sind weitere Kompetenzen erforderlich, wie etwa diejenige, moralische Handlungsprobleme im Alltag wahrnehmen und reflektierte moralische Urteile treffen zu können.

Die Fähigkeit zur Wahrnehmung moralischer Dimensionen ärztlichen Handelns

Eine Grundvoraussetzung für moralisch angemessenes Handeln ist die Wahrnehmung eines moralischen Problems in einer bestimmten Situation. Ohne diese Fähigkeit kann auch keine moralische Entscheidung auf der Basis eines reflektierten Urteils gefällt werden. Moralische Aspekte einer Situation liegen oft nicht auf der Hand, sondern befinden sich auf einer latenten Ebene. Die moralische Sensibilität eines Menschen bezieht sich auf die Fähigkeit, moralische Merkmale zu erkennen und näher zu bestimmen, wenn sie in der Praxis auftreten. Sie beinhaltet auch die Fähigkeit, sich anhand unterschiedlicher Szenarien vorstellen zu können, ob eine Handlung im Einklang mit moralischen Standards steht. Diese Einschätzung erfordert die Fähigkeit, eine Situation aus mehreren Perspektiven zu betrachten, und beinhaltet damit die Fähigkeit zur Empathie und zum Perspektiven-Wechsel. Während es Menschen gibt, die ein intuitives Gespür für die Belange anderer haben, über einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn verfügen, schnell zu Einsichten darüber kommen können, was richtig oder falsch ist oder registrieren, wenn eine moralische Norm oder ein Standard verletzt wird, sind andere moralisch abgestumpft in Bezug

auf solche Aspekte einer Situation (Bauman und Donskis 2013). Situative Faktoren wie starke Hierarchien und hoher Zeitdruck können die Wahrscheinlichkeit dafür erhöhen, moralisch bedeutsame Aspekte einer Situation auszublenden (Palazzo et al. 2012).

Als ethisch-moralische Kompetenz verstanden, ist die Wahrnehmung von moralischen Fragen durchaus lernbar und lässt sich durch praxisnahe Lernangebote weiterentwickeln. Übertragen auf die Patientenversorgung hängt sie wesentlich von der Fähigkeit ab, eine moralische Situation als solche zu erkennen und in Beziehung zu relevanten professionsethischen Ansprüchen setzen zu können. Ein wichtiger Ausgangspunkt ist etwa das Verständnis der Behandlungsbeziehung als eine moralische Situation, in der Patient:innen angewiesen auf das Vertrauen in Ärzt:innen sind und diese nicht zum Nachteil von Patient:innen ausnutzt (Wiesing und Marckmann 2009). Doch nicht nur die Behandlungsbeziehung, auch das Verhältnis zu Kolleg:innen, zu anderen Patient:innen oder gegenüber der Gesellschaft kann hier in den Blick genommen werden.

Im Medizinethik-Unterricht sollte es darum gehen, die Wahrnehmung ethisch-moralischer Fragen in der Patientenversorgung so zu trainieren, dass sie nicht nur durch ein Talent für moralische Sensibilität bestimmt wird, sondern, dass sie als Konglomerat aus Wissen und kognitiver Fertigkeit in das professionelle ärztliche Handeln integriert werden kann. Didaktisch hat sich hier beispielsweise die Arbeit mit Fallbeispielen bewährt. Ärzt:innen sollten demnach moralische Fragen in ihrer eigenen Praxis erkennen und formulieren können. Sie sollten sie in Bezug setzen zu professionsethischen Ansprüchen und gemäß ihrem professionellen moralischen Kompass angemessen adressieren können. Dazu sind allerdings moralische Urteile erforderlich, die eine weitere Facette ethisch-moralischer Kompetenzen ausmacht.

Die Fähigkeit zum moralischen Urteilen anhand ethischer Überlegungen über das richtige Handeln

Sobald ein moralisches Problem identifiziert ist, muss ein Weg des Umgangs gefunden werden. Um moralische Probleme zu lösen, reicht die Kenntnis einer moralischen Norm (z. B. dahingehend, dass Ärzt:innen ihre Schweigepflicht kennen und in der Praxis beachten) in der Regel nicht aus. Es ist vielmehr notwendig, die Anwendung einer Norm ethisch zu reflektieren (z. B.: Wie ist mit der Schweigepflicht umzugehen, wenn ein Patient suizidale Absichten äußert?). Die Antwort auf eine solche Frage beinhaltet in der Regel die Strukturierung eines Entscheidungsprozesses, um das ethisch am besten vertretbare Handeln zu identifizieren. Handelt es sich bei dem moralischen Problem um einen moralischen Konflikt, können Entscheidungen mit emotionalen Belastungen einhergehen, vor allem wenn es sich um ein Dilemma handelt, bei dem die Normen, an denen sich Akteure orientieren sollen, in unterschiedliche, miteinander unvereinbare Richtungen deuten und anhand von Argumenten gegeneinander abgewogen werden müssen. Tanner und Christen (2014) sprechen an der Stelle von der Fähigkeit zum moralischen Problemlösen als einer Fähigkeit, moralisch zufriedenstellende, versöhnliche Lösungen für unterschiedliche Ansprüche zu finden. Sie bezeichnen damit Lösungen, die gut genug und dabei nicht notwendigerweise auf einer vollkommen rationalen Analyse der Situation begründet

sind. Für sie laufen solche Entscheidungen nach folgendem Muster ab: 1) Klärung von Werten, 2) Entwicklung und Beurteilung von Handlungsoptionen und 3) Auflösung des Konflikts.

Bei der ethisch-moralischen Beurteilung von Handlungsoptionen geht es darum, eine Handlung danach zu bewerten, ob sie richtig oder falsch, gut oder schlecht ist. Dazu stehen unterschiedliche Modelle moralischer Urteilsfindung zur Verfügung. Im Kontext der Ethik der Patient:innenversorgung sind moralische Urteile beispielsweise im Rahmen von Behandlungsentscheidungen erforderlich. Ein wesentlicher Bestandteil eines strukturierten, ethisch informierten Umgangs mit solchen Entscheidungen ist die Analyse der Situation, die Bestimmung von Handlungsoptionen und deren Bewertung vor dem Hintergrund ärztlicher Pflichten. In der Medizinethik-Lehre können Studierende mit systematischen Entscheidungsabläufen vertraut gemacht werden, in dem sie beispielhafte Abläufe einüben und diese vor dem Hintergrund ihres moralischen Kompasses reflektieren. Dafür wurden Entscheidungsmodelle vorgeschlagen, die es den Studierenden erleichtern sollen, in einer strukturierten Art und Weise zu einer ethisch gut begründeten Lösung zu kommen (z. B. von McCullough und Ashton 1994). Darüber hinaus können Modelle, die für die klinische Ethikberatung entwickelt wurden, in der Medizinethik-Lehre im Medizinstudium eingesetzt werden, um die Urteilsfindung zu unterstützen (Molewijk et al. 2008; Friedrich et al. 2017). In der Auseinandersetzung mit verschiedenen Ethikkonzeptionen und ethischen Begründungsansätzen können die Lernenden ihre ethische Argumentationsfähigkeit weiterentwickeln, um in schwierigen Entscheidungssituationen die ethisch am besten begründbare Handlungsoption herausarbeiten und argumentativ vertreten zu können. Doch das Ergebnis einer moralischen Urteilsfindung garantiert noch nicht deren Umsetzung, was uns zur letzten ethisch-moralischen Kompetenz führt: der Bereitschaft auch tatsächlich gemäß des wertebasierten Urteils zu handeln.

Die Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns in der Patient:innenversorgung

Sobald eine Entscheidung getroffen wurde, ist der nächste Schritt, sie in Handlungen zu überführen. Die Umsetzung von Handlungen, die an moralischen Standards orientiert sind, kann allerdings in der klinischen Praxis schwierig sein. Mögliche Ursachen hierfür sind Handlungsbarrieren in der Situation, wie beispielsweise eine starke Hierarchie oder eine Ausrichtung der Organisation an anderen Werten, als jenen, die für die Patient:innenversorgung aus ethischer Perspektive maßgeblich sein sollen. Situative Barrieren können fehlende Ressourcen, eine Gefährdung der eigenen Karriereaussichten, sozialer Druck oder eine unzureichende Kultur des ethischen Handelns sein (Newman et al. 2017). Tanner und Christen (2014) verstehen unter moralischer Durchsetzungskraft die Fähigkeit, solche äußeren Hindernisse zu überwinden, Gefahren und Bedrohungen für sich selbst zu begegnen und bei der Verfolgung moralischer Ziele Durchhaltevermögen zu zeigen.

Die Realisierungsbereitschaft ethisch begründeten Handelns ist eng gebunden an die Ausrichtungsbereitschaft und damit nicht nur von Fähigkeiten, sondern auch von den jeweils vorliegenden professionellen Haltungen und Einstellungen geprägt. Sie erfordert allerdings auch die Fähigkeit zur logischen Darlegung von Argumenten

bzw. einer schlüssigen Argumentation und hängt damit mit der ethisch-moralischen Urteilsfähigkeit zusammen. Manchmal können Handlungszwänge (z. B. Vorgaben durch Gesetze und Leitlinien) innerhalb einer Organisation zu Handlungsbarrieren werden (Wie ist damit umzugehen, wenn ein Patient in einer Patientenverfügung eine psychiatrische Behandlungsmaßnahme ablehnt, die ihn als *ultima ratio* vor einer dauerhaften Verwahrung in einer geschlossenen psychiatrischen Einrichtung bewahren kann? (Anonym 2014)). Ob Ärzt:innen versuchen, in so einem Fall eine ethisch begründete Lösung zu finden und sie ggf. auch vor Gericht argumentativ zu vertreten, ist u. a. beeinflusst von der Ausrichtungsbereitschaft an den professionsethischen Normen zur Fürsorge für ihre Patient:innen.

Diskussion

Die hier vorgeschlagenen ethisch-moralischen Kompetenzen, die angehende Ärzt:innen in ihrem Studium entwickeln sollen, sind vom Konzept der moralischen Intelligenz abgeleitet. Zusammengefasst sollen Ärzt:innen am Ende ihres Studiums 1) einen professionellen moralischen Kompass ausgebildet haben, der im Laufe ihrer ärztlichen Tätigkeit weiter ausgestaltet werden kann, 2) bereit sein, sich in ihrem Handeln an professionsethischen Normen und Werten auszurichten, 3) über die Fähigkeit zur Wahrnehmung der moralischen Dimension ärztlichen Handelns und 4) zum moralischen Urteilen anhand ethischer Überlegungen über das richtige Handeln verfügen, sowie 5) bereit und fähig dazu sein, ethisch begründetes Handeln in ihrem beruflichen Alltag umzusetzen. Was diese Konzeptualisierung noch nicht beinhaltet ist, welche Kompetenzstufen am Ende des Medizinstudiums erreicht werden können bzw. sollen. Aus der Festlegung von Kompetenzstufen ergeben sich dann wiederum entsprechende Anforderungen an angemessene Prüfungsformate und -inhalte. Ob etwa ein moralisches Urteil zur Therapiezieländerung auf ethischen Prinzipen basiert, könnte z. B. in einer schriftlichen Fallanalyse geprüft werden. Es könnte allerdings auch unter realitätsnahen Bedingungen Teil einer standardisierten Behandlungssituation sein, die durch eine „objective structured clinical examination“ (OSCE) geprüft werden und ein Gespräch mit Patient:in und/oder Angehörigen beinhalten kann.

Unsere Konzeptualisierung bietet Potenziale für die Entwicklung und Überprüfung didaktischer Lehrkonzepte. Es ist dabei davon auszugehen, dass sich die hier beschriebenen Kompetenzen wechselseitig beeinflussen. Demnach setzt zum Beispiel die Fähigkeit, die moralischen Dimensionen ärztlichen Handelns wahrzunehmen, die Vertrautheit mit Ansätzen zum moralischen Urteilen voraus (Curzer 2014). Auf der anderen Seite ist es möglich, dass einzelne Kompetenzen unterschiedlich stark ausgeprägt sind: Einzelne Studierende können z. B. besonders gut darin sein, die moralische Dimension einer Situation zu erfassen, und sich zugleich schwer tun, andere von einer ethisch gut begründeten Handlungsoption zu überzeugen. Die Selbstverpflichtung angehender Ärzt:innen, sich an moralischen und ethischen Überlegungen auszurichten, ist dabei – analog zum Verständnis moralischer Intelligenz nach Tanner und Christen – eine Schlüsselkomponente in unserem ethisch-moralischen Kompetenzkonzept. Wird die Bereitschaft zu moralisch angemessenem Han-

deln vernachlässigt, reduziert sich der Ethik-Unterricht im Medizinstudium auf eine Förderung intellektueller Fähigkeiten und dient nicht als Grundlage für das professionelle moralische Handeln. Darüber hinaus dürfen wir in unseren Überlegungen nicht außer Acht lassen, wie wichtig die Ermöglichungsbedingungen für moralisch angemessenes Handeln im Gesundheitswesen sind. Gerade in hierarchisch geprägten Entscheidungskontexten, in denen eine hohe mentale Arbeitsbelastung und wenig Zeit besteht, kann die Motivation, sich an moralische Ansprüche zu halten, stark sinken (Gino et al. 2011; Mead et al. 2009). Wenn hohe ethische Ansprüche in einer medizinischen Praxis grundsätzlich nicht erfüllbar sind, läuft die Medizinethik-Lehre ins Leere. Sind sie unter bestimmten Umständen nicht erfüllbar, können empirisch feststellbare Diskrepanzen zwischen Sollen und Sein Anlässe zur Reflexion geben und ein Motivator für Veränderung von Arbeitsweisen oder -bedingungen sein. Ob unerfüllte ethische Ansprüche zur persönlichen Belastung im Sinne von moralischem Stress werden, hängt dann vom Verständnis ihrer Verbindlichkeit ab: Handelt es sich bei ethischen Normen um erstrebenswerte Ideale, die nur vollständig umsetzbar sind, wenn ideale Voraussetzungen gegeben sind, oder um grundlegende Erfordernisse, die unbedingt erfüllt sein müssen, um moralisch angemessen zu handeln? Je nachdem wäre eine Abweichung im Handeln mehr oder weniger akzeptabel.

Das hier dargestellte Kompetenzkonzept kann als Orientierung für die Ausgestaltung einer kompetenzorientierten Medizinethik-Lehre dienen. Für die verschiedenen Komponenten lassen sich jeweils Lernziele formulieren und unterschiedliche didaktische Methoden beschreiben, wie die Komponenten ethischer Kompetenz gezielt gefördert werden können (vgl. Eichinger et al. in diesem Themenheft). Die Arbeit mit Fallbeispielen ist beispielsweise besonders für die Förderung der Wahrnehmung moralischer Dimensionen des ärztlichen Handelns und für das Urteilen in komplexen Situationen geeignet. Um die Realisierungsbereitschaft zu fördern, wären demgegenüber eher Debatten oder Praxissimulationen geeignet, Fähigkeiten zur Argumentation oder zur Emotionsregulation zu trainieren. Bei der Entwicklung konkreter didaktischer Ansätze zur Ermöglichung der jeweiligen Kompetenzentwicklung ist es wichtig zu berücksichtigen, dass die Ausbildung moralischer Kompetenzen keine exklusive Aufgabe der Medizinethik-Lehre ist, sondern in der gemeinsamen Verantwortung aller Dozierenden an Medizinischen Fakultäten liegt (vgl. Fabry in diesem Themenheft). Dies führt zur weitergehenden Frage, ob es dafür eines eigenen Curriculums im Medizinstudium bedarf und wer dabei in der Organisation und Durchführung die Federführung übernehmen sollte. Zudem sind weiterführende Überlegungen erforderlich, welche medizinethischen Kompetenzen exklusiv durch den Medizinethik-Unterricht gefördert werden sollen. Es ist außerdem fraglich, ob eine Ausrichtung am Berufsethos als moralischer Kompass ausreicht, um für den Umgang mit dem gesamten Spektrum ethischer Herausforderungen in der Medizin vorbereitet zu sein. Es gibt ethische Fragen, die durch eine Beschäftigung mit professionsethischen Idealen, Werten, Normen und/oder Tugenden allein nicht abschließend beantwortet werden können, weil sie gesamtgesellschaftliche Auswirkungen haben (z. B. Suizidbeihilfe und aktive Sterbehilfe, Priorisierung und Rationierung im Gesundheitswesen, Forschung mit vulnerablen Gruppen). Ein zu starker Fokus auf die professionsethische Perspektive in der Beteiligung an einem gesamtgesell-

schaftlichen Diskurs über einen richtigen bzw. guten Umgang mit solchen Fragen birgt die Gefahr, dass die Interessen des eigenen Berufsstandes zum Nachteil anderer Anspruchsgruppen durchgesetzt werden.

Sowohl das Verständnis von ethischer Kompetenz als praxisbezogener Problemlösungskompetenz (Bobbert 2013) als auch die Beschreibung ethisch-moralischer Kompetenzen für das Handeln in der Patient:innenversorgung ist nicht neu. Rabe (2006, S. 380) hat im Kontext der Didaktik der Pflegeethik ethische Kompetenz als „die Fähigkeit zur Reflexion, Formulierung und Begründung der eigenen moralischen Orientierungen, die Fähigkeit zum Erkennen moralischer Probleme in der eigenen Praxis, Urteilsfähigkeit, Diskursfähigkeit, Konflikt- und Kompromissfähigkeit und schließlich die Wachheit und den Mut, auch tatsächlich moralisch zu handeln“ beschrieben. Zwischen den Kompetenzen in diesem Artikel und den Komponenten ethischer Kompetenz Pflegender bei Rabe bestehen viele Überschneidungen. Dieser Beitrag fügt dem Diskurs systematische Überlegungen hinzu, was kompetenzorientierter Unterricht im Medizinstudium für die Medizinethik bedeuten kann. Das hier dargestellte Kompetenzkonzept soll in diesem Zusammenhang eine Orientierung bieten. Es organisiert dabei die Lehre nach den Voraussetzungen für ethisch-moralisches Handeln. Das Konzept baut dabei auf Überlegungen zur moralischen Intelligenz auf und versucht die Voraussetzungen für das moralische ärztliche Handeln in der Patientenversorgung im Hinblick auf ihre Kontextualisierung, ihre Lernbarkeit und ihre Ausrichtung an konkreten Anforderungen aus der Praxis zu spezifizieren.

Die hier benannten Kompetenzen könnten beispielsweise dazu dienen, kontextspezifische kompetenzbasierte Lernziele im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2.0 didaktisch einzuordnen (Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. 2021). Dies ist vor allem dann nützlich, wenn bestimmte Kompetenzen mit bestimmten didaktischen Methoden verknüpft werden. Die hier vorgestellten Komponenten helfen außerdem bei der Identifikation von Leerstellen in der bisherigen Gestaltung von Angeboten zur Kompetenzentwicklung. Darüber hinaus kann das hier vorgestellte Vorgehen aber auch eine Blaupause für die Entwicklung von Kompetenzmodellen in anderen Ausbildungs- und Studiengängen für Gesundheitsberufe sein. Nicht zuletzt könnte unser Kompetenzkonzept auch eine Grundlage für die Entwicklung von Fort- und Weiterbildungsangeboten der klinischen Ethikberatung bieten. Inwiefern das hier vorgestellte Konzept eine Neuorientierung für die Ausrichtung der Lehre in den Fächern Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) an Medizinischen Fakultäten bedeuten könnte oder bereits vielerorts implementiert ist, sollte Gegenstand empirischer Untersuchungen sein.

Fazit

Kompetenzorientierung ist tief verankert im Selbstverständnis der Medizinethik-Lehre. Dieser Beitrag gibt weitere Anstöße zur Ausrichtung von Medizinethik-Lehre an ethisch-moralischen Kompetenzen für das professionelle ärztliche Handeln.

Danksagung Wir danken den Herausgeber:innen des Themenhefts, zwei anonymen Gutachter:innen und Andrea Kähling für ihre kritische Durchsicht des Manuskripts.

Funding Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt V. Wild und G. Marckmann sind Mitglied im Beirat der Zeitschrift Ethik in der Medizin. K. Kühlmeyer, A. Wolkenstein und M. Schütz geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Ethische Standards Für diesen Beitrag wurden von den Autor:innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Literatur

Anonym (2014) Problematik einer Patientenverfügung in der Psychiatrie. Ethik Med 26:237–238. https://doi.org/10.1007/s00481-014-0312-x

Arnold R (2002) Von der Bildung zur Kompetenzentwicklung. Anmerkungen zu einem erwachsenenpädagogischen Perspektivwechsel. Report 49:26–38

Bauman Z, Donskis L (2013) Moral blindness. The loss of sensitivity in liquid modernity. Polity, Cambridge

Biller-Andorno N, Neitzke G, Frewer A, Wiesemann C (2003) Lehrziele „Medizinethik im Medizinstudium“. Ethik Med 15:117–121

BMBF (2017) Masterplan Medizinstudium 2020. https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html. Zugegriffen: 14. Nov. 2021

BMG (2020) Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit einer Verordnung zur Neuregelung der ärztlichen Ausbildung vom 17.11.2020 – Approbationsordnung für Ärzte und Ärztinnen (ÄApprO). https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/A/Referentenentwurf_AEApprO.pdf. Zugegriffen: 15. Nov. 2021

Bobbert M (2013) 20 Jahre Ethikunterricht im Medizinstudium: Eine erneute Lehrziel- und Curriculumsdiskussion ist erforderlich. Ethik Med 25:287–300

Christen M, Ineichen C, Tanner C (2016) „Moralische Intelligenz“ in der medizinischen Praxis. Praxis 105:1261–1266. https://doi.org/10.1024/1661-8157/a002494

Curzer HJ (2014) Tweaking the four-component model. J Moral Educ 43l:104–123. https://doi.org/10.1080/03057240.2014.888991

Dossabhoy SS, Feng J, Desai MS (2018) The use and relevance of the Hippocratic oath in 2015. A survey of US medical schools. J Anesth Hist 4:139–146

Duden (2021) „Kompetenz“. Duden online. https://www.duden.de/rechtschreibung/Kompetenz. Zugegriffen: 15. Nov. 2021

Düwell M, Steigleder K (Hrsg) (2003) Bioethik. Eine Einführung. Suhrkamp, Frankfurt a.M.

Eichler U, Moritz A (Hrsg) (2017) Ethik kompetenzorientiert unterrichten I und II. Eine Konzeption für die Klassen 9/10. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen

Fachverband für Medizingeschichte und AEM (2009) Querschnittsbereich Geschichte, Theorie, Ethik der Medizin. Gemeinsames Grundsatzpapier des Fachverbandes Medizingeschichte und der Akademie für Ethik in der Medizin. https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Stellungnahmen/Grundsatzpapier_GTE_2009.pdf. Zugegriffen: 14. Nov. 2021

Friedrich O, Hemmerling K, Kuehlmeyer K, Nörtemann S, Fischer M, Marckmann G (2017) Principle-based structured case discussions: Do they foster moral competence in medical students?—A pilot study. BMC Med Ethics 18:1–8. https://doi.org/10.1186/s12910-017-0181-1

Fuchs C (1987) Erziehung zur Ethikfähigkeit. Verantwortung für die medizinische Ausbildung. In: Schlaudraff U (Hrsg) Ethik in der Medizin. Tagung der Evangelischen Akademie Loccum vom 13. bis 15. Dezember 1985. Springer, Loccum, S 27–33

Gino F, Schweitzer ME, Mead NL, Ariely D (2011) Unable to resist temptation: How self-control depletion promotes unethical behavior. Organ Behav Hum Decis Process 115:191–203. https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2011.03.001

Green B (2017) Use of the Hippocratic or other professional oaths in UK medical schools in 2017: practice, perception of benefit and principlism. BMC Res Notes 10:777

Hartig J, Klieme E (2006) Kompetenz und Kompetenzdiagnostik. In: Schweizer K (Hrsg) Leistung und Leistungsdiagnostik. Springer, Heidelberg, S 127–143

Lennick D, Kiel F (2005) Moral intelligence. Enhancing business performance and leadership success. Prentice Hall, Upper Saddle River

Maitra RT, Harfst A, Kochen MM, Becker A (2002) Die Einstellung von Allgemeinärzten zur Sterbehilfe. Eine internationale Übersicht. Z Allg Med 78:68–74

McCullough LB, Ashton CM (1994) A methodology for teaching ethics in the clinical setting: A clinical handbook for medical ethics. Theor Med 15:39–52. https://doi.org/10.1007/bf00999218

Mead NL, Baumeister RF, Gino F, Schweitzer ME, Ariely D (2009) Too tired to tell the truth: Self-control resource depletion and dishonesty. J Exp Soc Psychol 45:594–597. https://doi.org/10.1016/j.jesp.2009.02.004

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hrsg) (2015) [National Competency-Based Catalogue of Learning Objectives for Medicine] Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Berlin. http://www.nklm.de. Zugegriffen: 14. Nov. 2021

Medizinischer Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e. V. (Hrsg) (2021) [National Competency-Based Catalogue of Learning Objectives for Medicine] Nationaler Kompetenzbasierter Lernzielkatalog Medizin (NKLM). Berlin. http://www.nklm.de. Zugegriffen: 15. Nov. 2021

Michelsen G, Rieckmann M (2014) Kompetenzorientiertes Lehren und Lernen an Hochschulen – Veränderte Anforderungen und Bedingungen für Lehrende und Studierende. In: Keuper F, Arnold H (Hrsg) Campus Transformation. Education, Qualification & Digitalization. Logos, Berlin, S 45–65

Molewijk AC, Abma T, Stolper M, Widdershoven G (2008) Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. J Med Ethics 34:120–124. https://doi.org/10.1136/jme.2006.018580

Neitzke G, Fehr F (2003) Teachers' responsibility: A Socratic dialogue about teaching medical ethics. Med Teach 25:92–93. https://doi.org/10.1080/0142159021000061495

Newman A, Round H, Bhattacharya S, Roy A (2017) Ethical climates in organizations: A review and research agenda. Bus Ethics Q 27:475–512. https://doi.org/10.1017/beq.2017.23

Palazzo G, Krings F, Hoffrage U (2012) Ethical blindness. J Bus Ethics 109:323–338. https://doi.org/10.1007/s10551-011-1130-4

Rabe M (2006) Ethik in der Pflegeausbildung. Ethik Med 18:379–384. https://doi.org/10.1007/s00481-006-0464-4

Schaper N (2012) Fachgutachten zur Kompetenzorientierung in Studium und Lehre. Ausgearbeitet für die Hochschulrektorenkonferenz von Niclas Schaper unter Mitwirkung von Oliver Reis und Johannes Wildt so wie Eva Horvath und Elena Bender. https://www.hrk-nexus.de/fileadmin/redaktion/hrk-nexus/07-Downloads/07-02-Publikationen/fachgutachten_kompetenzorientierung.pdf. Zugegriffen: 15. Nov. 2021

Tanner C, Christen M (2014) Moral intelligence. A framework for understanding moral competencies. In: Christen M, van Schaik C, Fischer J, Huppenbauer M, Tanner C (Hrsg) Empirically informed ethics: morality between facts and norms. Springer, Cham, S 119–136

Tewes R (2015) Führungskompetenz ist lernbar. Praxiswissen für Führungskräfte in Gesundheitsfachberufen. Springer, Berlin, Heidelberg

Walzik S (2012) Kompetenzorientiert prüfen. Leistungsbewertung an der Hochschule in Theorie und Praxis. Barbara Budrich, Opladen, Toronto
Weinert FE (2001) Vergleichende Leistungsmessung in Schulen: Eine umstrittene Selbstverständlichkeit. In: Weinert FE (Hrsg) Leistungsmessungen in Schulen. Beltz, Weinheim, S 17–31
Wiesing U, Marckmann G (2009) Freiheit und Ethos des Arztes. Herausforderungen durch evidenzbasierte Medizin und Mittelknappheit. Karl Alber, Freiburg
Wils JP (2017) Ärztlicher Ethos: „Zeit für einen neuen Eid". Dtsch Arztebl 214(8):A-358–362