

Originaldokument gespeichert auf dem Dokumentenserver der Universität Basel
edoc.unibas.ch



Dieses Werk ist unter dem Vertrag „Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz“ lizenziert. Die vollständige Lizenz kann unter
creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch
eingesehen werden.



Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 2.5 Schweiz

Sie dürfen:



das Werk vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen

Zu den folgenden Bedingungen:



Namensnennung. Sie müssen den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen (wodurch aber nicht der Eindruck entstehen darf, Sie oder die Nutzung des Werkes durch Sie würden entlohnt).



Keine kommerzielle Nutzung. Dieses Werk darf nicht für kommerzielle Zwecke verwendet werden.



Keine Bearbeitung. Dieses Werk darf nicht bearbeitet oder in anderer Weise verändert werden.

- Im Falle einer Verbreitung müssen Sie anderen die Lizenzbedingungen, unter welche dieses Werk fällt, mitteilen. Am Einfachsten ist es, einen Link auf diese Seite einzubinden.
- Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.
- Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte unberührt.

Die gesetzlichen Schranken des Urheberrechts bleiben hiervon unberührt.

Die Commons Deed ist eine Zusammenfassung des Lizenzvertrags in allgemeinverständlicher Sprache: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/ch/legalcode.de>

Haftungsausschluss:

Die Commons Deed ist kein Lizenzvertrag. Sie ist lediglich ein Referenztext, der den zugrundeliegenden Lizenzvertrag übersichtlich und in allgemeinverständlicher Sprache wiedergibt. Die Deed selbst entfaltet keine juristische Wirkung und erscheint im eigentlichen Lizenzvertrag nicht. Creative Commons ist keine Rechtsanwalts-gesellschaft und leistet keine Rechtsberatung. Die Weitergabe und Verlinkung des Commons Deeds führt zu keinem Mandatsverhältnis.

Deskriptive und präskriptive Aspekte des Entscheidens im medizinischen und psychologischen Berufskontext

Eine explorative Fragebogenstudie

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Würde eines Dr. sc. med.

vorgelegt der

Medizinischen Fakultät

der Universität Basel

von

Sebastian Hubert Hollwich

aus

Essen in Deutschland

Basel, 2011

Genehmigt von der Medizinischen Fakultät
auf Antrag von

Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil und
Prof. Dr. med. Anita Riecher

Basel, den 1. März 2012

Prof. Dr. med. Christoph Beglinger
Dekan

Herzlichsten Dank!

Auch wenn die vorliegende Forschungsarbeit unter meinem Namen publiziert wird, ist sie keinesfalls das Resultat rein individueller Bemühungen, sondern verdankt ihre Entstehung dem Einfluss vieler Personen, die mich un- und mittelbar unterstützt oder inspiriert haben. Ihnen allen fühle ich mich zu Dank verpflichtet, den ich an dieser Stelle zum Ausdruck bringen möchte.

In erster Linie gilt mein herzlichster Dank Frau Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil, Leiterin des Fachbereichs Medizin- und Gesundheitsethik (Medizinische Fakultät der Universität Basel) und ebenfalls Leiterin meiner Dissertation. Ethische Forschung im Bereich der Medizin und Psychologie kann sich nach wie vor keinesfalls übertriebener Anerkennung erfreuen. Daher gebührt Frau Prof. Reiter-Theil mein größter Dank, da sie mir diese Forschungsarbeit auch gegen vorprogrammierte institutionelle Schwierigkeiten hin ermöglicht hat. Sie hat meine Aufmerksamkeit auf die bearbeitete Forschungsfrage gelenkt und stand mir ausdauernd und engagiert, wie schon bei der Anfertigung meiner Diplomarbeit, zur Seite. Zudem hat sie mir den großzügigen Freiraum gelassen, meinen eigenen Forschungsinteressen nachzugehen und diese in die Forschungsarbeit zu integrieren. Der Forschungsprozess profitierte maßgeblich von ihrer wohlwollenden, geduldigen, nicht direktiven und unkomplizierten Begleitung und Unterstützung.

Bei Frau Prof. Dr. med. Anita Riecher, Chefärztin der Psychiatrischen Universitätspoliklinik (Universitätsspital Basel), bedanke ich mich herzlich für ihre Einwilligung, meine Dissertation offiziell als Koreferentin mit zu betreuen. Besonders bedanke ich mich bei ihr für ihr Entgegenkommen, als Dissertationsschrift eine Monografie zu akzeptieren. Ihr Beitrag besteht u. a. darin, dass sie im Rahmen ihrer Kompetenzen als Medizinerin und Fachärztin für Psychiatrie sowie Psychotherapie die interdisziplinären Forschungsergebnisse aus der Perspektive dieser Disziplinen her absichert. Entsprechend bedanke ich mich bei ihr herzlichst, dass sie sich die Zeit genommen hat, die betreffenden Auszüge der Dissertation durchzusehen.

Insbesondere möchte ich mich äußerst herzlich bei Herrn Prof. Dr. Günter Krampen, Lehrstuhl für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Wissenschaftsforschung (Universität Trier), bedanken, der sich dazu bereit erklärt hat, meine Dissertation als externer Experte zu begutachten. Mein bester Dank, vor allem für die ihm obliegende Begutachtung der Forschungsmethodik und Datenauswertung, ist ihm gewiss.

Für zahlreiche Hinweise und Anregungen zur Bewältigung einzelner, mit meiner Doktorarbeit verbundener Herausforderungen bin ich den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Doktorandenkolloquien von Frau Prof. Reiter-Theil und Herrn Prof. Grob, Fakultät für Psychologie der Universität Basel, verbunden.

Ausgesprochen dankbar bin ich gleichfalls Kollegen, Kommilitonen und Freunden, die mit mir den Fragebogen vor der Implementation diskutiert und mir wertvolle Hinweise für dessen Verbesserung gegeben haben. Maria Walker bin ich für die Korrektur der englischen Zusammenfassung meiner Dissertation sehr dankbar. Ebenso bin ich allen Kommilitonen, die sich freiwillig als Probanden zur Verfügung gestellt haben, zu Dank verpflichtet.

Inhaltsverzeichnis

Genehmigung	2
Danksagung	3
Inhaltsverzeichnis	4
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	9
Abkürzungsverzeichnis	16
Allgemeine Abkürzungen	16
Spezielle Abkürzungen	16
Abstract.....	19
Zusammenfassung	20
Abriss der Forschungsfragen	24
Summary.....	27
1. Einleitung	30
2. Terminologie	38
2. 1. Ethik und Moral	38
2. 2. Präskriptivität und Normativität.....	39
2. 3. Werte und Werthaltungen	39
2. 4. Rests Modell moralischen Handelns	47
2. 4. 1. Moralische Feinfühligkeit.....	48
2. 4. 2. Moralische Urteilsfähigkeit	48
2. 4. 3. Moralische Motivation.....	49
2. 4. 4. Moralischer Charakter	50
2. 5. Intuition und moralische Intuition.....	50
2. 6. Berufsethische Suffizienz und berufsethische Kompetenz	52
2. 7. Dilemmata und Trilemmata	56
2. 7. 1. Genuine Dilemmata	56
2. 7. 2. Prima-facie-Dilemmata.....	57
2. 7. 3. Praktische Dilemmata	57
2. 7. 4. Trilemmata.....	57
2. 8. Absolute und komparative Urteile	57
2. 9. Kognitivismus	59

2. 9. 1. Behaviorismus und Kognitivismus	60
2. 9. 2. Kognitivismus und Nonkognitivismus	60
3. Theorie.....	62
3. 1. Ethische Theorien.....	62
3. 1. 1. Rechtfertigung moralischer Forderungen	63
3. 1. 2. Deontologische Theorien	65
3. 1. 3. Utilitaristische Theorien.....	67
3. 1. 4. Integrative Ethik.....	68
3. 1. 5. Die Normativität von Kohlbergs Theorie	72
3. 1. 6. Legitimation Kohlbergs ethischer Position mittels Kant	73
3. 1. 7. Zweckdienlichkeit von Kohlbergs ethischer Position zur Erfassung ethischer Kompetenz	74
3. 1. 8. Notwendigkeit des Verzichts auf eine Letztbegründung	75
3. 1. 9. Der Prinzipalismus von Beauchamp und Childress.....	75
3. 1. 10. Resümee: Ethische Position	81
3. 2. Psychologische Theorien.....	84
3. 2. 1. Ziel des Forschungsvorhabens aus pragmatischer Perspektive	84
3. 2. 2. Voraussetzungen und Probleme der Testkonstruktion	87
3. 2. 3. Welche Einflüsse sollen erfasst werden?	88
3. 2. 4. Kognitivistische Perspektive auf Werthaltungen und moralische Entscheidungen	90
3. 2. 4. 1. Beziehung zwischen der moralischen Entwicklung und Werthaltungen ..	92
3. 2. 4. 2. Sozialpsychologische Befunde zu Gerechtigkeitsprinzipien und Werthaltungen	96
3. 2. 4. 3. Theorien kognitiver Konsistenz.....	99
3. 2. 4. 4. Resümee aus der kognitivistischen Perspektive	101
3. 2. 5. Einflüsse auf die Konsistenz zwischen moralischem Urteil und Volition.....	102
3. 2. 6. Duale Prozesstheorien: Moralische Intuition – inferierte Begründung	103
3. 2. 6. 1. Schnell und unbewusst sowie langsam und bewusst.....	104
3. 2. 6. 2. Duale Prozesstheorien	106
3. 2. 6. 3. Resümee aus den dualen Prozesstheorien	112
3. 2. 7. Bisher verwendete Fragebögen mit ethischem Bezug	112
3. 2. 8. Kohlbergs MJI, darauf aufbauende Teste und Kritik.....	120

3. 2. 8. 1. MJI von Kohlberg.....	120
3. 2. 8. 2. DIT von Rest und MUT von Lind im Vergleich.....	121
3. 2. 8. 3. Kritik an Kohlbergs MJI.....	123
3. 2. 8. 4. Kritik an Rests DIT und Linds MUT.....	125
3. 2. 9. Integrative Betrachtung moralischen Entscheidens und Begründens.....	125
3. 2. 9. 1. Moralische Entscheidungen.....	126
3. 2. 9. 2. Moralische Begründungen.....	129
3. 3. Die Forschungsfrage und deren Operationalisierungsmöglichkeit.....	131
4. Methode.....	138
4. 1. Testaufbau – Beschreibung des Fragebogens.....	138
4. 2. Erhebung der Daten über das Internet.....	141
4. 3. Ethische Akzeptabilität des Online-Fragebogens.....	142
4. 4. Schritte der Fragebogenkonstruktion.....	143
4. 5. Die Fallbeispiele – Inhalt und ethische Problematik.....	145
4. 5. 1. Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten (LM).....	145
4. 5. 2. Sterilisation einer geistig behinderten Frau (SGB).....	145
4. 5. 3. Suizidaler depressiver Patient (SD).....	146
4. 5. 4. Privatpatient bittet um Psychoanalyse (PP).....	147
4. 5. 5. Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin (MB).....	147
4. 5. 6. Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin (CH).....	148
4. 6. Geplante Auswertung der mit dem Fragebogen erhobenen Daten.....	148
4. 7. Stichprobenumfangsplanung.....	152
5. Ergebnisse.....	154
5. 1. Rücklauf und Zusammensetzung der Stichprobe.....	154
5. 2. Deskriptive Datenauswertung.....	160
5. 3. Normalisierung der Daten.....	165
5. 4. Datenauswertung mittels multipler Regressionen und Faktorenanalysen.....	167
5. 4. 1. Zusammenhang der Situationsmerkmalsbewertungen mit der Entscheidung.....	167
5. 4. 2. Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der fünf Fallbeispiele.....	171
5. 4. 3. Zwei Faktoren pro Fallbeispiel?.....	173
5. 4. 4. Ein Faktor pro Handlungsoption?.....	174
5. 4. 4. 1. Korrelation der extrahierten Faktoren innerhalb eines Fallbeispiels.....	175

5. 4. 4. 2. Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die Handlungsoptionsfaktoren.....	176
5. 4. 5. Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Handlungsoptionsfaktoren	178
5. 4. 6. Korrelationen der Handlungsoptionsfaktoren mit den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen.....	181
5. 4. 7. Faktorenanalyse über die Residuen	181
5. 4. 8. Multiple Regression der Entscheidung auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen.....	185
5. 4. 9. Gruppenunterschiede in den Entscheidungen und Situationsmerkmalsbewertungen	186
6. Interpretation	188
6. 1. Interpretation der deskriptiven Datenauswertung	188
6. 1. 1. Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten	189
6. 1. 2. Sterilisation einer geistig behinderten Frau	190
6. 1. 3. Suizidaler depressiver Patient	191
6. 1. 4. Privatpatient bittet um Psychoanalyse	192
6. 1. 5. Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin	193
6. 1. 6. Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin.....	194
6. 1. 7. Differenzen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen	194
6. 1. 8. Antwort auf die dritte Forschungsfrage	195
6. 2. Interpretation der inferenzstatistischen Datenauswertung	196
6. 2. 1. Hoher Zusammenhang zwischen Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidung.....	197
6. 2. 2. Keine situationsübergreifenden Faktoren im ersten Auswertungsschritt	197
6. 2. 3. Zwei dominierende Faktoren pro Fallbeispiel	198
6. 2. 4. Hohe Entscheidungsvarianzaufklärung durch einen Faktor pro Handlungsoption	200
6. 2. 5. Kein Hinweis auf versehentlich herauspartialisierte Werthaltungen	201
6. 2. 6. Keine situationsübergreifenden Faktoren im zweiten Auswertungsschritt	202
6. 2. 7. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Psychologen sowie weiblichen und männlichen Probanden	203
7. Diskussion	205

7. 1. Realisierbarkeit eines Testinstruments zur ethischen Kompetenzmessung	205
7. 2. Kritik an der Forschungsmethode und dem Forschungsziel	206
7. 3. Die Forschungsergebnisse im Zusammenhang bestehender Forschung	208
7. 4. Was lässt sich aus den Forschungsergebnissen für die Praxis ableiten?	212
7. 4. 1. Konkrete Entscheidungen und ihre Begründungen	212
7. 4. 2. Lässt sich moralisches Entscheiden lehren?	217
7. 5. Weiterführende Fragestellungen und Ausblick	219
8. Literaturverzeichnis	223

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Wertekreis mit Segmentierungen und Interpretationen von Schwartz (1992), Übersetzung und Positionierung der Werte von Strack (2004, S. 176).	91
Abbildung 2: Zuordnung der einzelnen Stufen bzw. der von Kohlberg vorgefundenen Argumentationspräferenzen im Wertekreis von Schwartz (vgl. Abbildung 1).....	95
Abbildung 3: Fiktive Wertungen zweier unterschiedlicher Probanden (Lind, 1985b, S. 84).	123
Abbildung 4: Darstellung eines Ratings im Anschluss an eine von Werthaltungen beeinflusste und korrekt rekognizierte Entscheidung (Proband A) und eines durch die intuitiven Beurteilungen der Handlungsoptionen beeinflussten Ratings (Proband B).	134
Abbildung 5: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit guter Linearität.	377
Abbildung 6: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit der stärksten Abweichungen von der Linearität.	378
Abbildung 7: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit zentralem Cluster.	378
Abbildung 8: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	379
Abbildung 9: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	380
Abbildung 10: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	380

Abbildung 11: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	381
Abbildung 12: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	381
Abbildung 13: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	382
Abbildung 14: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	383
Abbildung 15: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	383
Abbildung 16: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	384
Abbildung 17: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.	384
Abbildung 18: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit guter Linearität.	395
Abbildung 19: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit der stärksten Abweichungen von der Linearität.	396
Abbildung 20: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit atypischer Verteilung.	396
Abbildung 21: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	397

Abbildung 22: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	398
Abbildung 23: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	398
Abbildung 24: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	399
Abbildung 25: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	399
Abbildung 26: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	400
Abbildung 27: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	401
Abbildung 28: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	401
Abbildung 29: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	402
Abbildung 30: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.	402
Abbildung 31: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.	408
Abbildung 32: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.	408

Abbildung 33: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.	409
Abbildung 34: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.	410
Tabelle 1: Intrasituative Standardabweichungen des Probanden A und Probanden B.....	134
Tabelle 2: Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen	170
Tabelle 3: Korrelationen der extrahierten Faktoren innerhalb eines Fallbeispiels.....	175
Tabelle 4: Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren	178
Tabelle 5: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der deskriptiven Aussagen über die eigenen Entscheidungen in den sechs Fallbeispielen.....	366
Tabelle 6: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum ersten Fallbeispiel	367
Tabelle 7: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum zweiten Fallbeispiel	367
Tabelle 8: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum dritten Fallbeispiel	368
Tabelle 9: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum vierten Fallbeispiel.....	369
Tabelle 10: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum fünften Fallbeispiel	370

Tabelle 11: Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum sechsten Fallbeispiel	371
Tabelle 12: Deskriptive Kennwerte der demografischen Variablen	372
Tabelle 13: Deskriptive Kennwerte der deskriptiven Aussagen über eigene Entscheidungen in den sechs Fallbeispielen.....	372
Tabelle 14: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum ersten Fallbeispiel.....	372
Tabelle 15: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum zweiten Fallbeispiel....	373
Tabelle 16: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum dritten Fallbeispiel.....	373
Tabelle 17: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum vierten Fallbeispiel	374
Tabelle 18: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum fünften Fallbeispiel.....	374
Tabelle 19: Deskriptive Kennwerte der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum sechsten Fallbeispiel...	375
Tabelle 20: Deskriptive Kennwerte der Differenz zwischen der deskriptiven quantitativen Aussage über die vermutlich selbst vorgenommene Handlung in einem bestimmten Fallbeispiel und der präskriptiven quantitativen Aussage über die Handlung einer fremden Person in derselben Situation plus 0,5	376
Tabelle 21: Unrotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der letzten fünf Fallbeispiele	385
Tabelle 22: Rotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der letzten fünf Fallbeispiele	386
Tabelle 23: Parallelanalysen zu den Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen zu jeweils einem Fallbeispiel.....	388
Tabelle 24: Unrotierte und rotierte (Varimax) Komponentenmatrizes sowie die prognostizierten Zuordnungen der Situationsmerkmalsbewertungen zu den Handlungsoptionen jedes einzelnen Fallbeispiels (vgl. Abschnitt 5. 4. 3. sowie Anhang E)	389

Tabelle 25: Parallelanalysen zu den Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen zu jeweils einer Handlungsoption.....	391
Tabelle 26: Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im zweiten Fallbeispiel zugeordnet werden können	392
Tabelle 27: Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im dritten Fallbeispiel zugeordnet werden können	393
Tabelle 28: Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im vierten Fallbeispiel zugeordnet werden können	393
Tabelle 29: Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im fünften Fallbeispiel zugeordnet werden können	394
Tabelle 30: Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im sechsten Fallbeispiel zugeordnet werden können	394
Tabelle 31: Bonferroni-Holm Prozedur bezüglich der Korrelationen zwischen den Handlungsoptionsfaktoren und den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen	403
Tabelle 32: Parallelanalyse (Horn, 1965) bezüglich der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren	404
Tabelle 33: Unrotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren	405

Tabelle 34: Rotierte Komponentenmatrix (Varimax) der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren	406
Tabelle 35: Multiple Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen der Items aller übrigen Fallbeispiele.....	407
Tabelle 36: Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) bezüglich der Korrelationen zwischen den Situationsmerkmalsbewertungen und dem Geschlecht sowie der Berufszugehörigkeit	411

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
Dr.	Doktor
et al.	et alii oder et aliae
etc.	et cetera
f.	und die folgende Seite
ff.	und die folgenden Seiten
IQ	Intelligenzquotient
m. E.	meines Erachtens
S.	Seite
u.	und
u. a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
vs.	versus
z. B.	zum Beispiel

Spezielle Abkürzungen

<i>AM</i>	Mittelwert
AM	Skala: „Arbeitsmoral“
APGA	American Personnel and Guidance Association
BDP	Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
CH	Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin
CON	contra
D-E-T	Testinstrument: „Der Ethik-Test“
<i>dfl</i>	Zählerfreiheitsgrade

<i>df</i> ²	Nennerfreiheitsgrade
DGPs	Deutsche Gesellschaft für Psychologie
DIT	Testinstrument: "Defining Issues Test"
DIT2	Testinstrument: "Defining Issues Test 2"
EBT	Testinstrument: "Ethical Behaviour Test"
ECQ	Fragebogen: "Ethical Climate Questionnaire"
EDI	Testinstrument: "Ethical Discrimination Inventory"
EDMS-R	Skala: "Ethical Decision-Making Scale-Revised"
EEQ	Fragebogen: "Ethics Environment Questionnaire"
EJS	Skala: "Ethical Judgment Scale"
ELICQ	Fragebogen: "Ethical and Legal Issues in Counseling Questionnaire"
ELS	Skala: "Ethical Leadership Scale"
EPQ	Fragebogen: "Ethics Position Questionnaire"
<i>Ex</i> +3	Kurtosis
<i>F</i>	<i>F</i> -Wert
FB	Fallbeispiel
FEMG	Fragebogen: „Fragebogen zur Einschätzung moralischer Gebote“
FEO	Fragebogen: „Fragebogen zur Erfassung ethischer Orientierungen“
GPOWER	Name für ein Statistik-Software
HE	Skala: "Humanitarianism-Egalitarianism"
HEE	Skala: „Skala zur Messung der humanitär-egalitären Ethik“
JAND	Testinstrument: "Judgments about Nursing Decisions"
<i>KI</i>	Konditionsindex
KIMU	Testinstrument: „Kohlbergs Interview zum Moralischen Urteil“
LM	Fallbeispiel 1: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten
LOWESS	locally weighted scatterplot smoothing
MA	Massachusetts
<i>Max</i>	Maximum
MB	Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin
MCT	Testinstrument: "Moral Content Test"
<i>Md</i>	Median
MDI	Testinstrument: "Moral Dilemma Interview"
MDQ	Fragebogen: "Moral Dilemma Questionnaire"

MDT	Testinstrument: "Moral Dilemmas Test"
MES	Skala: "Multidimensional Ethics Scale"
<i>Min</i>	Minimum
MJI	Testinstrument: "Moral Judgment Interview"
MJS	Skala: "Moral Judgment Scale"
MJT	Testinstrument: Moral Judgment Test
MMV	Testinstrument: "Measure of Moral Values"
<i>Mo</i>	Modus
MST	Testinstrument: "Moral Sense Test"
MUF	Fragebogen: „Moralisches Urteil Fragebogen“
MUP	Testinstrument: „Moralischer Urteils Präferenztest“
MU-SK	Fragebogen: „Fragebogen zur Erfassung des moralischen Urteils in sozialen Konflikten“
MUT	Testinstrument: „Moralisches Urteil Test“
NDT	Testinstrument: "Nursing Dilemma Test"
PE	Skala: "Protestant Ethic"
PE	Skala: „Skala zur Messung der protestantischen Ethik“
PES	Skala: "Protestant Ethic Scale"
PET	Testinstrument: "Personal Ethical Threshold"
PGC	Skala: "Philadelphia Geriatric Center Moral Scale"
PGC/D	Skala: "Philadelphia Geriatric Center Moral Scale deutsche Fassung“
PP	Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse
<i>R</i>	Korrelationskoeffizient
R^2	Determinationskoeffizient
<i>Sch</i>	Schiefte
SD	Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver
<i>SD</i>	Standardabweichung
SEA	Testinstrument: "Survey of Ethical Attitudes"
SGB	Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
<i>VIF</i>	Variance Inflation Factor

Abstract

Eine gelungene Berufsausübung im Gesundheitswesen erfordert ethische Kompetenzen. Die Voraussetzungen ihrer Erhebung wurden in der vorliegenden Arbeit anhand von $N = 421$ vollständigen Datensätzen untersucht, welche mittels eines sechs Dilemmata umfassenden Fragebogens an Probanden mit einem Altersdurchschnitt von 24,7 Jahren erhoben wurden. Es wurde angestrebt, mittels explorativer Faktorenanalyse über die manifesten Situationsmerkmalsbewertungen latente, entscheidungsbeeinflussende Werthaltungspräferenzen zu finden oder die intuitive Bewertung der Handlungsoptionen zu belegen. In den Daten konnten keine Einflüsse bewusster Werthaltungen gefunden werden. Hingegen stützen die Ergebnisse die Forschungsbefunde der jüngeren Forschung, die intuitiven Prozessen bei der moralischen Urteilsfindung eine dominierende Rolle zuschreibt.

Zusammenfassung

Relevanz des Forschungsziels: Für eine gelungene Berufsausübung setzt die fortschreitende Entwicklung medizinischer und psychologischer Behandlungsmethoden sowie ein an Komplexität zunehmendes Behandlungsumfeld auch fundierte, ethische Kompetenzen der Behandelnden voraus. Um angehenden Ärzten und Psychologen didaktisch und quantitativ abgestimmte Ausbildungsangebote anbieten zu können, ist die Evaluation dieser ethischen Kompetenzen sinnvoll. Das dazu notwendige Testinstrument müsste situationsübergreifende und zeitlich stabile Einflussfaktoren erfassen, die das Entscheidungsverhalten der Probanden außerhalb der Testsituation prognostizieren können und zudem mit der ethischen Vertretbarkeit der Entscheidung koinzidieren. Bestehende Testinstrumente mit ethischer Thematik intendieren allerdings vornehmlich die Deskription der moralischen Entwicklung Heranwachsender. Das übergeordnete Ziel dieses PhD-Projekts war daher der Versuch, ein Testinstrument zu konstruieren, mit dem die ethischen Kompetenzen von Ärzten und Psychologen erfasst werden können.

Philosophische Theorie: Aus moralphilosophischer Perspektive wird konstatiert, dass das Wesen des moralischen Sollens, als vom Eigeninteresse und vom Zwang distinktes soziomorphes Phänomen, Letztbegründungen unmöglich macht. Zur ethischen Beurteilung von Entscheidungen wird daher auf eine Ethik rekurriert, deren Legitimation auf ihrer Anwendbarkeit, Akzeptabilität und Konsistenz beruht. Entsprechend manifestieren sich ethische Kompetenzen in Entscheidungen, die dem größtmöglichen Erwartungshorizont der Mitmenschen gerecht werden.

Psychologische Theorien: Als theoretischen Hintergrund für diese situationsübergreifend und zeitlich stabilen Einflussfaktoren hat sich das Konstrukt Werthaltungen angeboten. Werthaltungen werden zumeist als bewusst und positiv bewertet konzeptualisiert und sollten daher aus postdeziSIONalen Angaben der Probanden erschließbar sein. Um Werthaltungen als Prädiktoren für Entscheidungsverhalten verwenden zu können, muss allerdings – da bisher nicht erfolgt – ihr Einfluss auf Entscheidungen belegt werden. Belegt ist zum einen, dass unterschiedliche Personen unterschiedliche Werthaltungen favorisieren, und zum anderen, dass unterschiedliche Situationsmerkmale unterschiedliche Bewertungsmaßstäbe aktivieren. Eine plausible Annahme war daher, dass über die

Bewertung der unterschiedlichen Situationsmerkmale auf die individuellen Werthaltungspräferenzen Schlussfolgerungen gezogen werden können.

Der jüngeren Forschung nach zu urteilen, ist der Einfluss von bewussten Faktoren auf moralische Entscheidungen allerdings geringer als der Einfluss von intuitiven Faktoren. Eine alternative Annahme in dieser Studie war daher, dass Probanden Handlungsoptionen eher intuitiv bewerten, somit lediglich die Bewertung der Handlungsoptionen – im Gegensatz zum Bewertungsprozess – bewusst verfügbar ist, und über Letzteren entsprechend auch keine realitätsnahe Auskunft gegeben werden kann.

Methode: Um diese beiden Annahmen gegeneinander zu testen, wurde ein Fragebogen konstruiert, in dem sechs realitätsnahe Fallbeispiele aus der medizinischen und psychologischen Berufspraxis geschildert werden, welche eine gewisse ethische Brisanz aufweisen. Für jedes Fallbeispiel bestehen die zwei Handlungsoptionen der Handlungsdurchführung oder -unterlassung. Jeweils im Anschluss an die Schilderung der einzelnen Fallbeispiele wurden die Probanden darum gebeten, jedes Situationsmerkmal für sich dahin gehend zu bewerten, ob es eher für oder gegen die Durchführung der Handlung spricht. Die Situationsmerkmale wurden so formuliert, dass sie möglichst unterschiedliche Werthaltungen ansprechen.

Zur Auswertung der Daten wurde vornehmlich eine explorative Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen bzw. Items mehrerer Fallbeispiele geplant. Entsprechend der ersten Annahme sollten sich Faktoren extrahieren lassen, die auf den Items mehrerer Fallbeispiele hoch laden und als Werthaltungen interpretiert sowie als Prädiktoren für testexterne Entscheidungen herangezogen werden können.

Falls die Probanden die Handlungsoptionen entsprechend der zweiten Annahme eher intuitiv bewerten, sollte den Probanden kein differenziertes Rating der Situationsmerkmale möglich sein. Dann wäre es den Probanden lediglich möglich, die einzelnen Items mit der intuitiven Bewertung der zugehörigen Handlungsoption abzugleichen. Dadurch sollten sich die Items einer Handlungsoption mit einem Faktor erklären lassen, was zusätzlich durch Faktorenanalysen über die Items jeweils eines Fallbeispiels überprüft werden sollte.

Da nicht auszuschließen war, dass beide Annahmen partiell zutreffen und somit der potenzielle Einfluss von Werthaltungen durch den Einfluss der intuitiven Bewertungen konfundiert ist, wurde als Weiteres geplant, die intuitiven Einflüsse aus den Daten

herauszupartialisieren, um die Residuen mit einer weiteren explorativen Faktorenanalyse auf situationsübergreifende Faktoren zu untersuchen.

Ergebnisse: Die zur Datenauswertung verwendete Stichprobe besteht aus 421 vollständigen Datensätzen von 318 weiblichen und 103 männlichen Probanden. Die Stichprobe besteht aus 87 Medizinerinnen und Medizinern, 37 Psychologinnen und Psychologen, 81 Psychologiestudierenden und 216 Medizinstudierenden. Der Altersdurchschnitt beträgt 24,7 Jahre. Der maximale Rücklauf an vollständigen Datensätzen liegt bei 42 %.

Betrachtet man nach der Varimax-Rotation lediglich Faktorladungen über einem Wert von 0,3, ergeben sich bei der Faktorenanalyse über die Items der letzten fünf Fallbeispiele für jedes der Fallbeispiele zwei Faktoren, die ausschließlich auf den Items des betreffenden Fallbeispiels hochladen. Die übrigen Faktoren weisen kaum substantielle Ladungen auf. Bei den Faktorenanalysen über die Items jeweils eines Fallbeispiels ergibt sich nach der Varimax-Rotation eine klare Einfachstruktur in der Weise, dass die Items, die für eine Handlungsoption sprechen, nur auf einem Faktor hoch laden. Im Durchschnitt klären diese beiden Faktoren pro Fallbeispiel 54 % der Varianz der Ratings auf. Die Faktorenanalyse über die Residuen nach dem Herauspartialisieren des hohen Zusammenhangs der Bewertungen innerhalb einer Handlungsoption führt weitgehend zu Faktoren, deren substantielle Ladungen auf den Items eines Fallbeispiels liegen.

Interpretation: Die Faktorladungen der fallbeispielübergreifenden explorativen Faktorenanalyse lassen annehmen, dass die Überzahl der Faktoren nicht durch situationsübergreifende, sondern situationsspezifische Einflüsse dominiert wird. Die hohe Varianzaufklärung der ersten beiden Faktoren der Faktorenanalysen über die Items jeweils eines Fallbeispiels und die klare Einfachstruktur nach der Varimax-Rotation stützt die Vermutung, dass die Handlungsoptionen intuitiv bewertet werden und diese intuitive Bewertung der Handlungsoptionen auf die Situationsmerkmalsbewertung Einfluss nimmt. Bei der zweiten explorativen Faktorenanalyse über die Residuen konnten wiederum keine situationsübergreifenden Faktoren gefunden werden, die sich als Werthaltungen interpretieren lassen, was die Befunde der ersten explorativen Faktorenanalyse bestätigt.

Diskussion: Die Forschungsbefunde stützten die Ergebnisse der jüngeren Forschung, die intuitiven Prozessen bei der moralischen Urteilsfindung eine entscheidende Rolle

zuschreibt und Begründungen eher mit Post-hoc-Rationalisierungen gleichsetzt. Durch die Untersuchung der intuitiven Anteile moralischer Entscheidungen könnten möglicherweise die gesuchten, situationsübergreifenden und zeitlich stabilen Faktoren gefunden werden, die zwar unbewusst wirken, es aber gegebenenfalls dennoch ermöglichen, ethische Kompetenzen zu messen.

Für die Praxis lässt sich aus den Forschungsergebnissen die Empfehlung ableiten, moralische Entscheidungen erst nach einer Sequenz unbewusster Verarbeitungsschritte zu treffen und sie falls möglich interindividuell abzugleichen. Als Weiteres können die Wertungen und Urteile auf ihre ethische Angemessenheit hin diskutiert werden. Dadurch können zwar keine ethischen Kompetenzen erhoben werden. Ein Fehlen ethischer Kompetenzen und somit auch ein Schulungsbedarf der Probanden und die Notwendigkeit zu ethischer Ausbildung lassen sich jedoch durchaus feststellen. Als Letztes legen die Forschungsergebnisse nahe, dass das Training und die Verbesserung der moralischen, durch langjährige Sozialisation geprägten Intuition höchstwahrscheinlich mehr Zeit benötigen, als es im Curriculum von Psychologiestudierenden und auch von Studierenden der Medizin bisher vorgesehen ist.

Abriss der Forschungsfragen

(1) Lässt sich eine ethisch wertvolle Entscheidung bestimmen? (2) Wie werden moralische Entscheidungen getroffen? (3) Und lassen sich situationsübergreifende Faktoren identifizieren, mit denen moralische Entscheidungen prognostiziert werden können? In der folgenden Forschungsarbeit werden diese drei Fragen in Hinblick auf das übergeordnete Ziel bearbeitet, ein Testinstrument zu konstruieren, mit dem die ethischen Kompetenzen von Ärzten und Psychologen erfasst werden können.

(Zu 1) Die ethische Diskussion der ersten Frage resultiert in der Erkenntnis, dass sich bestimmen und begründen lässt, was eine ethisch wertvolle Entscheidung ist. Sie orientiert sich an den hierarchisch angeordneten Erwartungshorizonten, welche sich aus dem Wollen der unmittelbar und mittelbar Betroffenen ergeben. Allerdings kann nicht konsensfähig begründet werden, warum ethisch wertvoll gehandelt werden soll. Dieser Letztbegründungsanspruch der klassischen ethischen Theorien wird exemplarisch an der deontologischen Theorie Kants sowie dem Utilitarismus erörtert und als unerfüllbar zurückgewiesen. Anschließend wird die auf dem Überlegungsgleichgewicht von Rawls fußende Prinzipienethik von Beauchamp und Childress dargestellt. Es wird die Auffassung vertreten, dass diese mit der integrativen Ethik von Krämer vereinbar ist und zur ethischen Beurteilung von Entscheidungen im Gesundheitswesen herangezogen werden kann.

(Zu 2) Der Entscheidungsprozess, Gegenstand der zweiten Frage, läuft gemäß den Befunden der Forschungsarbeit unter starker Beteiligung der Intuition ab. Begründungen spiegeln daher vermutlich nicht den realen Entscheidungsverlauf und die tatsächlichen Entscheidungsursachen wider. Zur Beantwortung der zweiten Frage werden aus bestehenden psychologischen Theorien zwei mögliche Entscheidungswege herausgearbeitet. Der erste Ansatz leitet sich aus der Wertforschung und den Theorien der kognitiven Konsistenz ab. Er impliziert, dass Entscheidungen bewusst anhand von Werthaltungen getroffen werden und dass Aussagen über den Entscheidungsprozess Realitätsnähe aufweisen können. Der zweite Ansatz basiert maßgeblich auf der jüngeren psychologischen Forschung zu moralischen Entscheidungen. Diese besagt, dass moralische Entscheidungen vornehmlich intuitiv getroffen werden und ihre Begründungen eher Post-hoc-Rationalisierungen gleichkommen. Solche Aussagen ließen somit keine Rückschlüsse

auf den tatsächlichen Entscheidungsprozess zu. Um beide Ansätze gegeneinander zu testen, wurde ein Testinstrument entwickelt, das auch die Beantwortung der dritten Forschungsfrage zulässt.

(Zu 3) Die zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage erhobenen Daten lassen keine situationsübergreifenden Faktoren feststellen, mit denen moralische Entscheidungen prognostiziert werden könnten. Das zur Erhebung der Daten konstruierte Testinstrument enthält sechs realitätsnahe Fallbeispiele aus der medizinischen und psychotherapeutischen Berufspraxis. Es erhebt zu jedem Fallbeispiel eine deskriptive Aussage von den Probanden über die vermutlich selbst vorgenommene Handlung sowie eine präskriptive Aussage über das von anderen Personen erwartete Verhalten. Zudem wird zu jeder einzelnen im Fallbeispiel dargebotenen Information erfragt, ob der Protagonist in dem Fallbeispiel diese – der Auffassung des Probanden nach – eher für oder gegen die Durchführung der Handlung beachten sollte. Dabei sind die Informationseinheiten so konzipiert, dass sie möglichst unterschiedliche Werthaltungen ansprechen. Die Bewertungen der einzelnen Informationen korrelieren substantiell und fallbeispielspezifisch mit den präskriptiven und deskriptiven Aussagen. Zudem korrelieren die Bewertungen der einzelnen Informationen einer Handlungsoption untereinander ebenfalls substantiell. Dies wird dahingehend interpretiert, dass sich die intuitive Bewertung der einzelnen Handlungsoptionen maßgeblich auf die Bewertungen der einzelnen Informationen auswirkt. Um die Daten auf situationsübergreifende Faktoren zu untersuchen, wurde eine Faktorenanalyse über die Bewertungen der Informationen mehrerer Fallbeispiele berechnet. Allerdings korrelieren die Bewertungen der einzelnen Informationen auch dann nicht hoch fallbeispielübergreifend miteinander, wenn man den starken Zusammenhang der Bewertungen innerhalb einer Handlungsoption herauspartialisiert. Entsprechend wurden keine situationsübergreifenden Faktoren gefunden, mit denen man moralische Entscheidungen prognostizieren könnte.

Zusammenfassend scheint es erfolgversprechend, bei der Konstruktion eines Testinstruments zur Erfassung der ethischen Kompetenzen von Ärzten und Psychologen stärker auf unbewusste und intuitive Prozesse zu fokussieren. Die Untersuchung der wie vermutet ökonomischsten Form des Testinstruments auf ihre Realisierbarkeit hin offenbart zwei gute Gründe, in die Untersuchung aufwendigerer Erhebungsmethoden zu investieren. Zum einen kann die Erfassung ethischer Kompetenzen mit der bestehenden Version des

Testinstruments ausgeschlossen werden, zum anderen beinhalten die Forschungsergebnisse evidente Hinweise auf die intuitive und unbewusste Bewertung der Handlungsoptionen. Daher erscheint es sinnvoll, verstärkt die intuitiven Anteile moralischer Entscheidungen zu untersuchen. Dadurch könnten möglicherweise unbewusst wirkende, situationsübergreifende und zeitlich stabile Faktoren gefunden werden, welche gegebenenfalls ermöglichen, dennoch ethische Kompetenzen zu messen. Die Forschungsergebnisse bestärken ferner die Ergebnisse der jüngeren Forschung, welche die weithin angenommene Ursächlichkeit des Bewusstseins für Entscheidungen anzweifelt. Ebenfalls können die Befunde als Erklärungen herangezogen werden, warum manche Formen der Vermittlung ethischer Teilkompetenzen effektiver erscheinen als andere.

Summary

(1) Can an *ethically* valuable decision be determined? (2) How are *moral* decisions made? (3) Is it possible to identify trans-situational factors by which moral decisions could be prognosticated? The following research project tries to answer these questions, focused on the paramount aim to create a test instrument with which the ethical competence of physicians and psychologists can be surveyed.

(re 1) The ethical discussion results in the insight that it is possible to determine and justify *what* an ethically valuable decision is. It follows the hierarchically ordered levels of expectations which arise from the will of the directly and indirectly affected persons. However, it cannot be justified in a generally accepted way *why* someone ought to act ethically in a valuable way. This claim of classical ethical theories for final justification is discussed using the examples of the deontological theory by Kant and the utilitarianism; it cannot be upheld and is thus being rejected. Afterwards, the principlism of Beauchamp and Childress, being based on the reflective equilibrium by Rawls, is outlined. It is argued that it is compatible with the theory of integrative ethics by Krämer and can be used for the ethical evaluation of decisions in the health care services.

(re 2) According to the results of research, the decision-making process, which is the object of the second question, is strongly influenced by intuition. Hence, reasoning presumably does not reflect the real process and actual causes of decisions. To answer the second question, two possible paths of decision-making are derived from already existing psychological theories. The first approach is deduced from the value theories and the theories of cognitive consistency. It implies that decisions are made consciously on the basis of values so that statements about the process of decision-making can be realistic. The second approach is substantially based on younger psychological research about moral decisions. It says that moral decisions are first and foremost made intuitively and that their reasoning is rather like post-hoc-rationalization. Therefore, such statements should not allow any conclusions about the actual process of decision-making. In order to test both approaches against each other, a test instrument was developed which allows to answer the third research question as well.

(re 3) The data collected for answering the third research question does not reveal any trans-situational factors by which moral decisions could be prognosticated. The test instrument created to gather the data contains six realistic case studies taken from the medical and psychotherapeutical professional practice. For every case study, the test persons are asked for a descriptive statement about the presumably executed action by oneself, as well as a prescriptive statement about the behavior expected from others. Furthermore, the test persons are asked for a rating concerning each individual piece of information presented in the case study whether the protagonist of the case study should assess it rather for or against the realization of the action. The pieces of information are conceived in such a way that they correspond to widely different values. The ratings of the individual units of information correlate substantially to the prescriptive and descriptive statements of the corresponding case study. In addition to that, the ratings of the individual units of information regarding one course of action also inter-correlate substantially. This is interpreted to the effect that the intuitive appraisal of the individual course of action decisively affects the assessments of the individual units of information on the specific course of action. To examine the data for trans-situational factors, a factor analysis about the ratings of the information of all case studies was calculated. However, the ratings do not correlate highly across situations even if the strong interrelation of the ratings of the units of information within the individual courses of action is partialled out. Accordingly, no trans-situational factors were found which could prognosticate moral decisions.

In summary, it seems promising to have a stronger focus on unconscious and intuitive processes while creating a test instrument to survey the ethical competences of physicians and psychologists. The examination of the test instrument, which was assumed to be the most economical form, concerning its feasibility reveals two good reasons for investing in the research of more elaborate methods of survey. In the first place, the ascertainment of ethical competences can be excluded with the existing version of the test instrument; secondly, the results of research contain evident clues to the intuitive and unconscious assessment of the courses of action. Hence, it seems sensible to put more emphasis on the examination of the intuitive part of moral decisions. Thereby subconscious factors could possibly be found, which are timely stable and influential across situations. These might possibly allow to measure ethical competence after all. Furthermore, the results of the research project confirm the results of the younger research which doubts the widely

assumed causality of the consciousness for decisions. The findings may also explain why some forms of ethical competence training seem to be more effective than others.

Keywords:

ethics · test instrument · ethical competence · moral dilemma · moral judgment · moral intuition · values

1. Einleitung

Hinter deinen Gedanken und Gefühlen, mein Bruder, steht ein mächtiger Gebieter, ein unbekannter Weiser – der heisst Selbst. In deinem Leibe wohnt er, dein Leib ist er. (Nietzsche, 1907, S. 43)

Die Relevanz von Ethik in der Medizin und der Psychologie wurde in den letzten Jahrzehnten international zunehmend höher valenziert. Dies belegt u. a. der „exponentielle Anstieg von Richtlinien, Deklarationen und Kodizes, die alle dem Ziel dienen, den verantwortlichen Umgang des Forschers, Arztes, Therapeuten oder Pflegers mit dem Patienten zu gewährleisten“ (Reiter-Theil & Fahr, 2005a, S. 93). Ebenfalls mehren sich seit einigen Jahren die Bemühungen, die Vermittlung von Ethik in das Curriculum von Medizin- und Psychologiestudierenden aufzunehmen (vgl. Reiter-Theil, 1997, S. 11-12; Engelhardt, 1997, S. 27; Bauer, 2002, S. 168; Reiter-Theil & Hick, 1998). Seit der Approbationsordnung vom 3. Juni 2002 ist ethisches Wissen Prüfungsinhalt des Medizinstudiums in der Bundesrepublik Deutschland (Approbationsordnung für Ärzte §§ 27 & 36; vgl. Engelhardt, 1997, S. 26-27). Medizinethik wurde 2008 als Prüfungsfach in den Schweizerischen Lernzielkatalog aufgenommen, jedoch schon vorher je nach Engagement der Fakultäten im Einzelnen unterrichtet (Bürgi et al., 2008). Für Psychologiestudierende haben mehrere Universitäten in der Schweiz sowie inzwischen auch in Deutschland zunächst fakultative Veranstaltungen mit ethischer Thematik eingeführt (Pflichtveranstaltungen sind vereinzelt zu beobachten). Dabei ist explizites Interesse an Ethik und Veranstaltungen mit ethischer Thematik sowohl bei Medizin- als auch Psychologiestudierenden vorhanden (Dressel & Reiter-Theil, 1997, S. 159; Hollwich, 2008a, S. 54, vgl. auch Reiter-Theil, 1994). Allerdings weist zum einen die Vermittlung von Ethik im Medizin- und Psychologiestudium Defizite auf (Dressel & Reiter-Theil, 1997; S. 159; Hollwich, 2008a, S. 54; Welfel, 1992), beispielsweise bereitet Psychologiestudierenden das Erkennen ethischer Probleme Schwierigkeiten, auch sind ihnen die Ethischen Richtlinien der DGPs und des BDP kaum bekannt (S. 159; Hollwich, 2008a, S. 55, 2008b), ebenso werden oft verstandene ethische Prinzipien von Psychologen und Psychologiestudierenden nicht angewendet (vgl. Bernhard, Murphy & Little, 1987;

Bernhard & Jara, 1986). Zum anderen legen zwar die Befunde von McNeel (1994, S. 47) und Lind (1985a, S. 111) nahe, dass bei Studierenden verschiedener Disziplinen über die Studienzeit ein Zuwachs an ethischen Kompetenzen zu verzeichnen ist, jedoch wird u. a. in den Zynismusstudien (vgl. Morris & Sherlock, 1971; Potthoff, 1980; Lind, 2000; Patenaude, Niyonsenga & Fafard, 2003; Slovácková & Slováček, 2007) bei Studierenden der Medizin auch eine so genannte „moralische Regression“ (Reiter-Theil & Hiddemann, 1997, S. 556) vorgefunden. Wachsende Bedeutung kommt der beruflichen Fort- und Weiterbildung in Medizin- und Gesundheitsethik zu. Diese könnte (postgradual) eventuell sogar eine höhere Effektivität erzielen, wenn fachliches Vorwissen, praktische und existenzielle Erfahrung in der Patientenversorgung unter Umständen zu einer intensiveren Motivation und Rezeption beitragen. In den deutschsprachigen Ländern ist ethische Fort- und Weiterbildung für die Gesundheitsberufe jedoch noch nicht ausreichend etabliert und noch weniger erforscht.

Das Forschungsvorhaben und bestehende Forschungslücken: Vor diesem Hintergrund erscheint einerseits die genauere Analyse des Entscheidungsprozesses in moralisch problematischen Situationen notwendig, um die kontrovers diskutierte Effektivität von Ethikunterricht steigern zu können (vgl. Sutton, 2010; Mills & Bryden, 2010; O’Leary, 2009; Sanders & Hoffman, 2010; Gundersen, Rajamma, & Capozzoli, 2008). Andererseits scheint die Erstellung eines quantitativen individualdiagnostischen Testinstruments erstrebenswert, mit dem die berufsethischen Kompetenzen von Medizinern, Psychologen und eventuell anderen Berufsangehörigen des Gesundheitswesens ermittelt werden können.

Nach mehrfacher Sichtung von Fragebögen mit ethischer Fragestellung (vgl. Abschnitt 3. 2. 7.) und zugehöriger Literatur ist davon auszugehen, dass bisher kein solcher deutschsprachiger Fragebogen existiert. Die meisten deutschsprachigen Fragebögen mit ethischer Thematik und normativem Fokus fußen auf Kohlbergs Überlegungen und intendieren die Deskription moralischer Entwicklung Heranwachsender anhand von Entscheidungsbegründungen unter Vernachlässigung der Entscheidungsrichtung aufgrund der von Kohlberg angenommenen Unabhängigkeit zwischen Struktur und Inhalt.

Erster Teil des Kapitels Theorie: Kohlberg (1981, u. a. S. 172) legt zwar ausführlich dar, warum seines Erachtens eine höhere Entwicklungsstufe aus normativer und metaethischer Perspektive angemessener als die vorausgehenden ist, ob dies allerdings zu einem

legitimierbaren, normativen Anspruch seiner Stufenfolge führt, ist anzweifelbar (vgl. Brandtstädter, 1980). Im ersten Teil des Kapitels *Theorie* werden daher die normativen Aspekte der Messung ethischer Kompetenzen erörtert. Allem voran wird im Rekurs auf bestehende ethische Theorien erörtert, ob und wie normative Aussagen bezüglich der Berufspraxis von Medizinerinnen und Psychologinnen legitimierbar sind, um so die ethische Voraussetzung der Definition ethischer Kompetenzen und ihrer Messung zu schaffen. Dabei wird auch Kohlbergs (1981) ethischer Ansatz beschrieben und kritisiert. Abschließend werden die ethischen Ausarbeitungen von Beauchamp und Childress (1994), welche sowohl auf Entscheidungen im medizinischen als auch im psychologischen Berufskontext anwendbar sind (Reiter-Theil & Fahr, 2005a), auf die vorab geschilderte integrative Ethik Krämers (1995) bezogen. Abweichend von Kohlberg (1981) werden in dieser Forschungsarbeit auch Inhalte (und nicht nur formale Aspekte) von Entscheidungen als aus ethischer Perspektive beurteilbar aufgefasst. Zudem wird ihnen höhere gesellschaftliche Bedeutung als den von Kohlberg (1995) untersuchten Begründungen für Entscheidungen beigemessen.

Zweiter Teil des Kapitels Theorie: Daher wurde angestrebt, ein Testinstrument insbesondere zur Erhebung von Entscheidungen in ethisch schwierigen und konflikträchtigen Situationen zu konstruieren. Um Testergebnisse auf moralische Entscheidungen generalisieren zu können, die außerhalb der Testsituation getroffen werden, ist es notwendig, latente Variablen zu postulieren, die Entscheidungen in einem gewissen Maß situationsübergreifend und zeitbeständig beeinflussen. Diese maßgebliche psychologische Voraussetzung der Testkonstruktion wird im zweiten Teil des Kapitels *Theorie* erörtert. Zur Erfassung dieser potentiellen, situationsübergreifenden und zeitlich stabilen Einflussfaktoren wurde zusätzlich zu den Entscheidungen in hypothetischen Situationen auf weitere Informationen wie Entscheidungsbegründungen bzw. Aussagen von Probanden rekuriert, da andere Herangehensweisen und Datenerhebungsmethoden in einem ökonomischen Testinstrument nicht realisierbar sind.

Realitätsnahe Entscheidungsbegründungen setzen Können und Wollen beim Begründenden voraus, folglich, dass die entscheidungsbeeinflussenden Faktoren bewusst sind und zudem positiv bewertet werden. Diese beiden Kriterien erfüllt das Konstrukt Werthaltungen am besten. Allerdings sind bestehende Theorien zu Werthaltungen in deren Bezug zu Entscheidungen für eine Operationalisierung nicht ausreichend konkret. Unter

der weithin geteilten Annahme, dass sowohl die Situationsmerkmale als auch bestimmte intrapersonelle Faktoren Entscheidungen beeinflussen (vgl. zusammenfassend Heckhausen, 1980, 1989; Heckhausen, 2006), erschien es daher als erfolgversprechendste Herangehensweise, den Zusammenhang zwischen Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidungen näher zu untersuchen, um gegebenenfalls auf entscheidungsrelevante intrapersonelle Faktoren wie Werthaltungen schließen zu können. Prinzipiell lassen sich Werthaltungen als Kognitionen definieren, die entsprechend der Dissonanztheorie von Festinger (1978) in konsonanter oder dissonanter Beziehung zu den Kognitionen über die Situationsmerkmale stehen können und infolgedessen die Entscheidung beeinflussen sollten. Entsprechend der kognitivistischen Perspektive (vgl. Abschnitt 2. 9. 1.) wurde daher als eine Möglichkeit angenommen, dass die Probanden die rezipierten Merkmale der hypothetischen, postaktionalen Situationen bewusst anhand von Werthaltungen beurteilen und darauf basierend eine Entscheidung treffen. Falls Werthaltungen in dieser Form Einfluss auf Entscheidungen nehmen, sollte ihr Einfluss erfassbar sein – und über die Werthaltungen gegebenenfalls auch ethische Kompetenzen.

Nach der jüngeren Forschung zu urteilen, ist der Einfluss von bewussten Faktoren auf moralische Entscheidungen, wie der hypostasierte Einfluss von Werthaltungen, allerdings geringer als der Einfluss von intuitiven Faktoren (vgl. Greene & Haidt, 2002; Haidt, 2001, 2007; Baron, 1995; Hauser, Cushman, Young, Jin & Mikhail, 2007; Bargh & Chartrand, 1999). Dabei wird grundsätzlich angenommen, dass intuitive Prozesse schneller sind als bewusste und rationale Prozesse. Somit resultiert als zweite Möglichkeit, dass die Probanden Handlungsoptionen eher intuitiv bewerten, entsprechend lediglich die Bewertung der Handlungsoptionen als Kognition besteht, der Verlauf der Bewertung allerdings nicht bewusst ist und die Probanden daher auch keine realitätsnahe Auskunft über die entscheidungsrelevanten Faktoren geben können.

Kapitel Methode: Um diese zwei Möglichkeiten gegeneinander zu testen, wurde ein Fragebogen konstruiert, der es ermöglicht, das Verhältnis zwischen Entscheidungen in realitätsnahen Prima-facie-Dilemmata und den Bewertungen der einzelnen Situationsmerkmale näher zu untersuchen. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang B, im Kapitel *Methode* wird er näher erläutert. Um potentielle Einflüsse von Bedürfnissen, Motiven und eigenen Interessen auf die Entscheidung bestimmen zu können, wurde bezüglich jedes Dilemmas zunächst eine deskriptive Aussage bezüglich der eigenen

Handlungsentscheidung und anschließend eine für andere Personen präskriptive Aussage erhoben. Dabei fungierte die Bearbeitung der Dilemmata als Distraktor, um dem möglichen Konsistenzbedürfnis (vgl. Bem & Allen, 1974) der Probanden entgegenzuwirken. Vor der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Handelns wurden die Probanden aufgefordert, die einzelnen Sätze jedes vorab im Fließtext geschilderten Fallbeispiels als isolierte Informationseinheiten ihrer Valenz entsprechend für eine der beiden Handlungsmöglichkeiten, also die Handlungsdurchführung oder -unterlassung, einzustufen. Bei der Testkonstruktion wurde darauf geachtet, dass jede Informationseinheit möglichst eine andere Werthaltung anspricht.

Ein bewusster Entscheidungsprozess, der die Beurteilung der Situationsmerkmale anhand von Werthaltungen beinhaltet, sollte den Probanden ermöglichen, die Valenz der einzelnen Situationsmerkmale für die eine oder andere Handlungsoption entsprechend ihrem Einfluss auf die Entscheidung realitätsnah anzugeben. Dadurch sollten sich bei der Faktorenanalyse über die quantitativen Situationsmerkmalsbewertungen unterschiedlicher Fallbeispiele hinweg Faktoren ergeben, die einzelnen Werthaltungen entsprechen und möglicherweise Entscheidungsvarianz aufklären können.

Erfolgt der jüngeren Forschung entsprechend die Bewertung der Handlungsoptionen intuitiv, ist davon auszugehen, dass die Probanden nicht in der Lage sind, die Situationsmerkmale entsprechend ihrer Bedeutung für die Entscheidung zu bewerten. Ihnen wäre es dann lediglich möglich, die einzelnen Items mit der intuitiven Bewertung der zugehörigen Handlungsoption abzugleichen, wodurch sich die Bewertungen der Situationsmerkmale einer Handlungsoption mit einem Faktor erklären lassen sollten.

Selbstverständlich ist es ebenfalls möglich, dass sowohl die intuitive Bewertung der Handlungsoptionen als auch Werthaltungen auf die Situationsmerkmalsbewertungen Einfluss nehmen und somit der Einfluss von Werthaltungen durch die der intuitiven Bewertungen konfundiert ist. Um den Einfluss von Werthaltungen entdecken bzw. mit höherer Gewissheit ausschließen zu können, erscheint es aufschlussreich, die Situationsmerkmalsbewertungen auch explorativ auf situationsübergreifende Faktoren wie Werthaltungen zu untersuchen, nachdem die intuitiven Einflüsse herauspartialisiert wurden.

Kapitel Ergebnisse: Die über das Internet erhobene Stichprobe besteht aus Medizin- und Psychologiestudierenden sowie Medizinerinnen und Psychologen. Bei der im Kapitel

Ergebnisse geschilderten Datenauswertung wurden nur bei einer geringen Anzahl der Datensätze substanzielle Unterschiede zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen festgestellt. Die multiplen Regressionen der präskriptiven Aussage auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen klären im Durchschnitt mehr als 40 Prozent der Varianz der Entscheidungen auf. Die Situationsmerkmalsbewertungen korrelieren stark innerhalb jedes Fallbeispiels, allerdings nur gering fallbeispielübergreifend. Entsprechend ergeben sich bei einer Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen fallbeispielspezifisch bzw. handlungsoptionsspezifisch ladende Faktoren. In den Faktorenanalysen über die ethisch relevanten Situationsmerkmalsbewertungen der einzelnen Fallbeispiele sind entsprechend der Parallelanalyse (Horn, 1965) jeweils zwei Faktoren für ein Fallbeispiel zu extrahieren. Bei der Berechnung einer Faktorenanalyse über die ethisch relevanten Situationsmerkmalsbewertungen jeder einzelnen Handlungsoption ist entsprechend der Parallelanalyse (Horn, 1965) die Extraktion eines Faktors indiziert. In einer multiplen Regression der Entscheidungen auf die Faktorwerte der beiden zu einem Fallbeispiel zugehörigen Faktoren klären Letztere im Durchschnitt 39 Prozent der Varianz der Entscheidungen auf. Eine Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen aller Fallbeispiele, nachdem die für eine Handlungsoption berechneten Faktoren aus den Daten herauspartialisiert wurden, ergibt Faktoren, die ebenfalls fallbeispielspezifisch laden.

Kapitel Interpretation: Im Kapitel *Interpretation* wird zunächst aus den Daten geschlossen, dass im medizinischen und psychologischen Berufskontext vermutlich von einer hohen Übereinstimmung zwischen den deskriptiven Aussagen zu eigenem potenziellen Verhalten und den präskriptiven Aussagen bezüglich des Handelns fremder Personen ausgegangen werden kann. Selbstbezogene Faktoren scheinen somit bei der Entscheidung über das eigene Verhalten geringen Einfluss zu nehmen. Die hohe Diskrepanz der beiden Aussagen in manchen Fällen wird dahin gehend interpretiert, dass die Bearbeitung der Fallbeispiele als Distraktor ausreichend war, und der hohe Zusammenhang in den übrigen Fällen nicht ausschließlich auf das Konsistenzbedürfnis der Probanden zurückgeführt werden kann.

Die hohe Varianzaufklärung der multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen lässt vermuten, dass Entscheidungen und Situationsmerkmalsbewertungen von denselben Faktoren beeinflusst werden. Nach der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen aller Fallbeispiele zu urteilen,

sind die dominierenden Einfluss nehmenden Faktoren situationsspezifisch – und nicht, wie von Werthaltungen zu erwarten – situationsübergreifend wirksam. Die Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen einer Handlungsoption und die anschließenden multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die extrahierten Faktoren belegen, dass sich die Varianzaufklärung der Entscheidung durch die Situationsmerkmalsbewertungen eines Fallbeispiels gut auf zwei Faktoren zurückführen lässt. Die Annahme, dass die intuitive Bewertung der Handlungsoptionen auf die Situationsmerkmalsbewertungen Einfluss nimmt, wird dadurch gestützt. In der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen, aus denen die für eine Handlungsoption berechneten Faktoren herauspartialisiert wurden, ließen sich ebenfalls keine situationsübergreifenden Faktoren extrahieren. Resümierend wird daher konstatiert, dass der hypostasierte Einfluss von Werthaltungen sich nicht in den Situationsmerkmalsbewertungen finden lässt. Daher war es nicht möglich, aus dem Antwortverhalten der Probanden auf situationsübergreifende Faktoren zu schließen, die als Prädiktoren von Entscheidungsverhalten und zur Beurteilung der ethischen Kompetenzen herangezogen werden können.

Kapitel Diskussion: Insgesamt lässt sich aus diesen Befunden folgern, dass die Messung ethischer Kompetenzen nicht anhand der Situationsmerkmalsbeurteilungen von Probanden erfolgen kann und ethische Kompetenzen in einem ökonomischen und somit praxistauglichen Test vermutlich nicht erfassbar sind. Allerdings liefern die Daten Anhaltspunkte für weiterführende Untersuchungen des moralischen Urteils, die unter anderem im Kapitel Diskussion erörtert werden. Allem voran legen die Befunde nahe, sich bei der weiteren Erforschung ethischer Kompetenzen und moralischer Entscheidungen stärker auf unbewusste Prozesse zu konzentrieren, um die Validität der Theorien moralischer Entscheidungen erhöhen zu können und gegebenenfalls unbewusst wirkende, situationsübergreifende und zeitlich stabile Faktoren zu finden, mittels derer womöglich zudem ethische Kompetenzen gemessen werden können. Im Einklang mit neueren Forschungsergebnissen zeichnet sich – auch bedingt durch die Resultate der jüngsten neurologischen Forschung – eine Abspaltung des wissenschaftlichen vom erlebten Selbstverständnis des Menschen ab (vgl. Metzinger, 2009), u. a. dahin gehend, dass dem Bewusstsein zunehmend die Ursächlichkeit für Entscheidungen abgesprochen wird – im Gegensatz zur erlebten Urheberschaft von Entscheidungen, die durch die Beteiligung des

Bewusstseins an der Willensbildung und durch die perzipierte Isomorphie des Urteils mit dem Willen entsteht (vgl. Bieri, 2001). Diese variable und unvermeidlich eher geringe Beteiligung bewusster Prozesse bei Alltagsentscheidungen wird entsprechend dem allgemein geteilten Diktum, dass Sollen Können impliziert, auch die normative Ethik stärker berücksichtigen müssen (vgl. Reiter-Theil, 2011). Zudem ist zu diskutieren, welche Konsequenzen zur Effektivitätssteigerung von Ethikunterricht oder allgemein der Vermittlung ethischer Kompetenz in Gesundheitsberufen aus der vermutlichen Dominanz intuitiver Prozesse bei moralischen Entscheidungen gezogen werden sollten.

2. Terminologie

Dein Selbst lacht über dein Ich und seine stolzen Sprünge. »Was sind mir diese Sprünge und Flüge des Gedankens? sagt es sich. Ein Umweg zu meinem Zwecke. Ich bin das Gängelband des Ich's und der Einbläser seiner Begriffe.« (Nietzsche, 1907, S. 43)

Nicht immer werden in der Literatur Begriffe einheitlich benutzt, zudem mögen dem einen oder anderen Leser verwendete Begriffe nicht im Detail geläufig sein. Daher steht der Forschungsarbeit das Kapitel Terminologie voran, in dem die in der Forschungsarbeit verwendeten Begriffe ihrer Wichtigkeit entsprechend detailliert erläutert werden. Um dem Leser die Einordnung der Begriffe im semantischen Netz zu vereinfachen, werden inhaltlich ähnliche Konstrukte als Begriffspaare bestimmt.

2. 1. Ethik und Moral

Zunächst werden die Begriffe Ethik und Moral differenziert. Moral wird in dieser Arbeit als deskriptiver Begriff verwendet, der summarisch alle von einem Menschen oder einer bestimmten Gruppe von Individuen als richtig und wichtig anerkannten Normen, Werthaltung und Ideale des guten und richtigen Sozialverhaltens bezeichnet, zusätzlich zu ihren meist assertorischen Legitimationen (vgl. Kettner, 2002, S. 410). Entsprechend bezieht sich der Begriff nicht auf strebensethische Aspekte des Lebens, bei der das uneingeschränkte Entscheidungsrecht beim Individuum liegt.

Dem gegenüber ist Ethik ein Teilbereich der Philosophie, der Formen der Moral und ihre Legitimationen reflektiert sowie ihre Verallgemeinerbarkeit prüft. Darüber hinaus versucht die Ethik unabhängig von existierenden Moralens eine allgemeingültige Antwort auf die praktische Frage „Was soll ich tun?“ in ihrer pragmatischen und moralischen Bedeutung zu finden (vgl. Kant, 2005, S. 65). Der ethische Hintergrund dieser Arbeit wird im Kapitel 3. 1. geklärt.

2. 2. Präskriptivität und Normativität

Zwei weitere, für die folgenden Ausführungen wichtige Begriffe sind Normativität und Präskriptivität. Die Präskriptivität einer Aussage lässt sich über die Illokution, also die kommunikative Intention bestimmen. Präskriptive Aussagen dienen nicht der Feststellung von Tatsachen, sondern implizieren Verhaltensvorschriften und haben damit imperativen Charakter (vgl. Misselhorn, 2002, S. 415). Normative Aussagen gehen einen Schritt weiter, sie drücken nicht nur aus, wie etwas der Auffassung des Sprechenden nach sein soll, sondern sagen zudem aus, ob etwas als gut oder böse zu bewerten ist und damit, ob eine Handlung moralisch geboten ist.

2. 3. Werte und Werthaltungen

Aufgrund der gesonderten Bedeutung des Begriffs Wert bzw. Werthaltung für die vorliegende Forschungsarbeit wird er im Folgenden ausführlich erörtert. Um den in der Philosophie, im Speziellen in der Ethik und Axiologie, normativ gebrauchten Begriff „Wert“ von persönlichen Werten abzugrenzen, werden letztere im Folgenden, wie in der Literatur zum Teil üblich, als „Werthaltungen“ bezeichnet (vgl. beispielsweise Silberer, 1985, Lisbach, 1999; Grob & Jaschinski, 2003; Strack, 2004). Zur Verdeutlichung der Heteronomie von Wertdefinitionen werden im Folgenden wenige exemplarische Definitionen aus der Literatur angeführt:

- Schwartz und Bilsky (1987) recherchieren fünf in der Literatur häufig formulierte Eigenschaften von Werten bzw. Werthaltungen: "(a) concepts or beliefs, (b) about desirable end states or behaviors, (c) that transcend specific situations, (d) guide selection or evaluation of behavior and events, and (e) are ordered by relative importance" (S. 551). Der in der Literatur geteilten Auffassung entsprechend sind Werte demnach Konzepte oder Überzeugungen über erwünschte Ziele oder erwünschtes Verhalten, welche über bestimmte Situationen hinweg existieren, die Auswahl bzw. die Beurteilung von Verhalten oder Ereignissen leiten und analog ihrer relativen Wichtigkeit geordnet sind.
- Nach der Betrachtung diverser Wertdefinitionen aus unterschiedlichen Wissenschaftsbereichen statuiert Kluckhohn (1951) die oft als klassisch angesehene Definition für die Sozialwissenschaften: "A value is a conception, explicit or

- implicit, distinctive of an individual or characteristic of a group, of the desirable which influences the selection from available modes, means, and ends of action." (S. 395). Kluckhohns Definition von Werten schließt im Gegensatz zur vorausgehenden interpersonell geteilte Konzepte über erwünschte Handlungsarten, -mittel und -ziele ein. Zudem hält er es weder für notwendig, dass diese interpersonell geteilten Konzepte in einer Kultur expliziert werden, noch dass sie ad hoc expliziert werden können, wobei er Verbalisierbarkeit allerdings als notwendiges Kriterium für Werte erachtet (vgl. Kluckhohn, 1951).
- Konform zu Allports (1961) Definition sind Werte Überzeugungen, gemäß denen bevorzugt gehandelt wird: "A value is a belief upon which a man acts by preference." (S. 454). Keine weitere hier aufgeführte Definition suggeriert eine solch enge und scheinbar unmittelbare Beziehung zwischen Werten und beobachtbaren Handlungen, aus welchen Werte folgerichtig deduzierbar sein müssten. Allport folgert selbst: "It is thus a cognitive, a motor, and, above all, a deeply propiate [sic] disposition." (Allport, 1961, S. 454). Seinem Neologismus "propiate" (S. 454) entsprechend besitzen Werte starken Bezug zum Selbstkonzept. Allports Definition bietet hohen Interpretationsspielraum.
 - Rokeach (1973) definiert Werte und Wertesysteme folgendermaßen: "A value is an enduring belief that a specific mode of conduct or end-state of existence is personally or socially preferable to an opposite or converse mode of conduct or end-state of existence. A value system is an enduring organization of beliefs concerning preferable modes of conduct or end-states or existence along a continuum of relative importance." (S. 5). Rokeachs Definition von Werten expliziert über die bisher angeführten hinausgehend, dass die Erwünschtheit des Verhaltens komparativ beurteilt werde. Zudem definiert er Wertesysteme als Ordnung von Werten entsprechend ihrer Wichtigkeit.
 - Nietzsches (1999) Definition von Werten "als Gesichtspunkte von Erhaltungs-, Steigerungs-Bedingungen in Hinsicht auf komplexe Gebilde von relativer Dauer des Lebens innerhalb des Werdens" (S. 685) kann dahin gehend interpretiert werden, dass sie die Prämissen einer positiven Persönlichkeitsentwicklung darstellen. Seine Definition beinhaltet damit aus der Philosophie bekannte normative Aspekte von Wertdefinitionen.

- Ebenfalls aus philosophischer Perspektive definiert Krijnen (2002): „Ganz allgemein lassen sich Werte als bewusste oder unbewusste Orientierungsdirektiven für das menschliche Leisten bestimmen.“ (S. 528). Im Gegensatz zu den vorausgehenden Definitionen räumt Krijnen explizit die Möglichkeit unbewusster Werte ein. Lediglich Kluckhohns Definition kann in ähnlicher Weise interpretiert werden, falls man die Attribute explizit und implizit den individuell favorisierten Werten zuordnet. Bei der Zuordnung der Attribute zu den in der Gruppe favorisierten Werten besagte Kluckhohns Definition lediglich, dass die Werte einer Gruppe nicht zwangsläufig erläutert werden müssen.

Da, wie veranschaulicht werden sollte, bisher weder in der Philosophie noch in der Psychologie (geschweige denn interdisziplinär) eine konsensfähige Definition von Werten besteht (Krijnen, 2002; Six 1998; Silberer, 1985; Rohan, 2000), und zudem einige Definitionen einen inakzeptablen Interpretationsspielraum aufweisen (vgl. auch Westmeyer, 1984), wird in dieser Arbeit zunächst eine vorläufige Definition genannt, sodann werden ihre kontroversen Aspekte und die bestehender Definitionen bzw. des Umgangs mit dem Begriff und seines allgemeinen Gebrauchs aufgezeigt, um anschließend die Realitätsnähe des Konstrukts im Abschnitt 7. 3. anhand der nachfolgenden Forschungsergebnisse diskutieren zu können.

Werthaltungen sind im hier gemeinten Sinn interpersonell variable, allerdings ipsativ sowie transsituational bedingt konsistent angewendete, axiomatische, kommensurable, vom wertenden Subjekt als selbst gewählt, bewusst eingesetzt und affirmativ erlebte Orientierungsdirektiven zur absoluten Beurteilung des Ge- und Misslingens von (hypothetischen) Volitionen.

Können Werthaltungen begründet werden? Dabei kann die Werthaltung eine Handlung als Inhalt der Volition benennen, die vom Wertungssubjekt als gelungen erachtet wird (Genuss, Entsagung) oder Persönlichkeitseigenschaften (Ehrlichkeit, Toleranz, Höflichkeit), soziale Zustände (Gleichheit, friedliche Welt, soziale Ordnung), psychische Zustände (innere Harmonie, Neugierde, Selbstachtung, Freude), Fähigkeiten (Kreativität, sozialer Einfluss, Macht) etc., die vom Handelnden voluntativ verfolgt werden sollen. Konstitutiv ist jedoch ihre Funktion als Kriterium für eine gelungene Volition, welches im Gegensatz beispielsweise zu Normen nicht weiter begründet wird, sondern ihm vom wertenden Subjekt assertorisch Gültigkeit zugesprochen wird, bezüglich derer das wertende Subjekt in der Regel von einem Konsens zumindest in seiner Bezugsgruppe

ausgeht, wodurch diese Werthaltungen für das wertende Subjekt zu Werten im Sinne soziologischer Konstrukte mit gewissem normativem Gehalt werden und auch zur Handlungslegitimation herangezogen werden können. Begründungen von Werthaltungen sind problematisch, da sie weitere Werthaltungen einbeziehen können, beispielsweise: „Gleichheit ist ein wichtiger Wert für mich, da ich Gleichheit für gerecht halte“ oder „Kreativität ist wichtig für mich, da mir Kreativsein Freude bereitet“ etc. Daher werden hier Werthaltungen als axiomatisch bestimmt.

Sind Werte bewusst oder unbewusst? In der Forschung wird häufig explizit nach persönlichen Werten gefragt (Rokeach, 1973; Schwartz, 1992; Inglehart, Basanez, Deiz-Medrano, Halman & Luijckx, 2004; und weitere), was bedeutet, dass persönliche Werte zumindest als bewusstseinsfähig operationalisiert werden. Ob ihr *Gebrauch* tatsächlich bewusst erfolgt, ist allerdings fraglich. Daher sind Werthaltungen der obigen vorläufigen Definition nach lediglich vom wertenden Subjekt als selbst gewählt und bewusst eingesetzt *erlebte* Orientierungsdirektiven, was Post-hoc-Affirmationen unbewusster, aus der Konstanz im eigenen Verhalten erschlossener Faktoren sowie rein affektive Valenzierungen aus der Extension von Werthaltungen nicht exkludiert, ihnen allerdings nichtsdestotrotz ihre aus der Innensicht inhärent positive, hier als wesentlich erachtete Bewertung belässt. Falls Werthaltungen als unbewusst angewendet definiert werden, ist ihre inhärent positive Beurteilung ein wichtiges Merkmal, welches zur Trennschärfe beiträgt, mit welcher Werthaltungen zu konstruktdivergenten aber dennoch verwandten Begriffen (vgl. Bühner, 2011, S. 103) wie Motiven (Rheinberg, 2002; Heckhausen, 2006) abgegrenzt werden können (vgl. auch Bilsky & Schwartz, 2008). Zudem trägt die Möglichkeit, auch fremde Volitionen anhand der eigenen Werthaltungen zu beurteilen (wodurch sie zu einem gewissen Grad normativen Charakter erlangen), zur Konstruktdivergenz zwischen Werthaltungen und Motiven bei.

Kommensurabilität & Hierarchie: Da die Definition den Gebrauch mehrerer Werthaltungen bezüglich einer Volition nicht ausschließt, schließt sie konsekutiv Werthaltungsinkommensurabilitäten aus, denn andernfalls wäre ihre Funktion als Kriterium für eine gelungene Volition auf den Fall beschränkt, dass die Volition nur an einer (dominierenden) Werthaltung beurteilt wird. (Folgerichtig erforderte die Existenz so definierter Werthaltungen ein übergeordnetes, universelles Kriterium zur konkludierenden Beurteilung der Volition.) Unter der Annahme, dass Werthaltungen nach einer interpersonal variablen Hierarchie geordnet sind (vgl. Schwartz & Bilsky, 1987, S. 551)

und prinzipiell auf die höchste Werthaltung, die zu keiner paritätischen Beurteilung der Handlungsoptionen führt, rekuriert wird, wäre das Postulat der Kommensurabilität der Werthaltungen nicht notwendig, allerdings schliesse das die Beurteilung einer Volition anhand mehrerer Werthaltungen aus, was indes durch empirische Befunde nahe gelegt wird. Um die Plastizität der Darlegung zu erhöhen, bietet Güths (1995; auch Güth, Schmittberger & Schwarze, 1982; Anderhub, Engelmann & Güth, 2002) ultimatives Verhandlungsspiel ein einfaches Beispiel. Wird bei zwei angekündigten Spieldurchgängen vom Probanden im ersten Durchgang eine leicht ungleiche Distribution akzeptiert, im zweiten Durchgang eine ungleichere Verteilung abgelehnt, müsste bei angenommener Wertinkommensurabilität der Wert, der dem Verteilungsgut zugeschrieben wird, mit der Werthaltung Gerechtigkeit die Ränge getauscht haben (unter der Annahme, dass in beiden Fällen die zur Handlung führende Volition als gelungen erachtet wird). Plausibler erscheint es, Kommensurabilität zu postulieren, was auch die interpersonell variablen, maximal akzeptierten Ungleichverteilungen besser erklären könnte. Das schließt jedoch eine interpersonal variable und ipsativ konstante Hierarchie der Werthaltungen nicht aus. Nach Schwartz und Bilsky (1987) beinhalten viele Definitionen von Werten bzw. Werthaltungen deren (interpersonelle) Ordnung nach relativer Wichtigkeit. Schmitt (1993, S. 6) allerdings berichtet von replizierbaren eigenen und fremden Forschungsergebnissen, in denen die allgemeine Präferenz des Gleichheits-, Bedürftigkeits- und Leistungsprinzips in unterschiedlichen Verteilungssituationen variiert. Diese drei Prinzipien lassen sich gut in Werte transkribieren und im Schwartz'schen Wertekreis platzieren (Schwartz, 1992, S. 24; 1994, S. 31; 2007, S. 715). Dies würde bedeuten, dass die manifeste Ordnung (hypothetisch) kommensurabler Werthaltungen, wie sie beispielsweise in Güths ultimativem Verhandlungsspiel zu beobachten ist, zwangsläufig situativ bedingt ist. Werthaltungen ließen sich daher nur schlecht absolut, hingegen besser situationsbezogen bestimmen und ihre absolute Valenzierung und damit ihre latente, potentiell stabile Ordnung allenfalls interpersonell komparativ erschließen. Rokeach (1968a, 1968b, 1973) schlägt u. a. die Mediatorvariable Einstellung vor, welche immer auf ein Einstellungsobjekt bezogen ist und zur Erklärung der ipsativ variablen manifesten Ordnung der Werthaltungen herangezogen werden kann. Das Interaktionsprodukt aus Werthaltungen und Situation wird somit in Rokeachs Modell zu einer eigenständigen Variable, wodurch die Ordnung der Werthaltung von situativen Einflüssen getrennt wird. Trotzdem bleibt die Erfassung der latenten stabilen Ordnung von Werthaltungen

problematisch. Schwartz (1992, 1996) versucht, die absolute Valenzierung von Werthaltungen und damit mittelbar ihre latente Hierarchie direkt zu erfassen, indem er die Probanden quasi einen Durchschnitt aller Bezugssituationen bilden lässt ("as a guiding principle in your life" S. 17, S. 6). Fraglich ist, ob Probanden eine valide und derart generalisierende Aussage treffen können. Auch wenn die oben genannte Definition auf die explizite Inklusion einer interpersonell variablen und intrapersonell stabilen Hierarchie von Werthaltungen verzichtet, impliziert sie diese durch das Postulat der interpersonellen Variabilität und ipsativen sowie transsituationalen Stabilität.

Konsistenz: Ipsative (vgl. Rokeach, 1973, S. 5; Nietzsche, 1999, S. 685) und transsituationale (vgl. Schwartz und Bilsky, 1987, S. 551) Konsistenz soll insofern bestehen, als die Konstellation der interpersonellen Differenzen der Werthaltungspräferenzen für gewisse Zeit und über Situationen hinweg stabil bleibt, wobei selbstverständlich, wie schon erwähnt, situative Einflüsse auf die Wirksamkeit der unterschiedlichen Werthaltungen nicht ausgeschlossen sind. Eine genaue Einschränkung der zeitlichen Stabilität erscheint nicht sinnvoll. Schischkoff (1991) konstatiert allerdings: „Das Anziehende der echten Persönlichkeit besteht darin, daß sich dem Mitmenschen in ihr ein anderes strukturiertes, fest gefügtes, durchsichtiges Wertreich eröffnet.“ (S. 548-549). Stabilität der Werthaltungsstruktur sollte daher positiv sanktioniert werden – eventuell aufgrund der gesteigerten prognostischen Sicherheit bezüglich Handlungen dieser Person bzw. ihrer Verlässlichkeit für andere Personen.

Moralische versus strebensethische Werte: Die durch Schwartz (2007, S. 712 f.) empirisch belegte implizite Differenzierung zwischen moralischen und strebensethischen Werthaltungen wäre aus normativer Perspektive (Krämer, 1995) durchaus legitimierbar; sie wird für die anstehende Forschungsarbeit allerdings nur aus deskriptiver Perspektive für sinnvoll gehalten, da Probanden möglicherweise aufgrund ontogenetisch früher Sozialisationserfahrungen, in denen strebensethische Belange durch Eltern, Lehrer etc. durchgesetzt wurden, auch strebensethische Werte als gesollt erleben und sie daher nicht von moralischen Werten differenzieren. Möglich wäre auch, dass sie moralische Werte nach erfolgreicher Positivierung im Sinne von Krämer (1995) bzw. Internalisierung nach Montada (2002) als strebensethische Werte erachten. („Kriterium für abgeschlossene Positivierungsprozesse ist, ob man sich langfristig auch dann so würde verhalten wollen, wenn der Erwartungsdruck der Anderen und damit die moralische Nötigung entfällt.“ schreibt Krämer (1995, S. 45), und Montada (2002) konstatiert: „Mit *Internalisierung* ist

gemeint, dass eine Person vorgegebene Normen als ihre eigenen verpflichtenden Normen akzeptiert.“ (S. 623, Hervorhebung aus dem Original)).

Werte als Kriterium für Volitionen: Mit Ge- und Misslingen (von Handlungen) wird in der Regel die Konkordanz zwischen Intention und Handlungsdurchführung bzw. Handlungsergebnis bezeichnet. Misslingen wird also erst durch externe Störfaktoren oder mangelnde Fähigkeiten möglich. Auch wenn Fähigkeiten Werthaltungen sein können, werden sie in der Regel nicht zur Beurteilung von Fähigkeiten herangezogen, vielmehr fließt die aufgrund mangelnder Fähigkeit mögliche Differenz zwischen Volition bzw. der aus ihr folgenden Intention und Handlung bei der Beurteilung der Volition mittels Werthaltungen nicht mit ein bzw. wird nivelliert, falls die Unfähigkeit bekannt ist. Das Kriterium für das mit Hilfe von Werthaltungen getroffene (präaktionale, hypothetische) Urteil ist das Ausmaß der für den Akteur vorhersehbaren Erfüllung eigener Werthaltungen durch die der (hypothetischen) Volition folgende Handlung. Entscheidend für das Urteil ist die potentielle Erfüllung der Werthaltungen durch die Volition und nicht die tatsächliche Erfüllung der Werthaltungen durch die der Volition folgende Handlung, da Unwissenheit, Unfähigkeit und externe Störfaktoren das Ergebnis der Handlung beeinflussen können (vgl. auch Kant, 2005). Dies impliziert allerdings andererseits, dass die Volition nicht zwangsläufig die Handlungsoption einschließt, die die Werthaltungen bestmöglich erfüllt, also die Volition nicht (nur) von jenem mittels Werthaltungen gefällten Urteil beeinflusst wird, sondern weitere auf die Volition einflussnehmende Faktoren existieren, die sich eventuell sogar der bewussten Steuerung entziehen, was die Verwendung der Begriffe Ge- und Misslingen ermöglicht. (Der Begriff Volition wird hier analog zu Heckhausen verwendet; 2006, S. 280.) Ferner ist es zur Evaluation der Verhaltensrelevanz von Werten unabdingbar, dass diese nicht definatorisch festgelegt wird, wie es beispielsweise bei Allports (1961) Definition der Fall ist (vgl. auch Silberer 1985).

Absolute versus komparative Beurteilung: Ein weiterer fraglicher Punkt ist, ob Werthaltungen lediglich zur absoluten oder auch komparativen Beurteilung von Volitionen dienen. Wie im Abschnitt 2. 8. argumentiert wird, muss die moralische Angemessenheit von Volitionen vor ihrer komparativen Beurteilung anhand eines absoluten Maßstabes beurteilt werden. Zur abschließenden Entscheidung zwischen Volitionen ist allerdings ein komparatives Urteil notwendig. Zur Illustration kann das Trolley-Dilemma dienen, das durch Foot (1978/2002) bekannt wurde und in der aktuellen Forschung zur moralischen Intuition Verwendung findet. In der aktuell verwendeten Version des Trolley-Dilemmas

(Harmann, 2000, S. 196; Greene, Sommerville, Nystrom, Darley & Cohen, 2001, S. 2105; Greene & Haidt, 2002, S. 519; Mikhail, 2007, S. 146; Hauser, Cushman, Young, Jin & Mikhail, 2007, etc.) wäre es einem Protagonisten durch das Umstellen einer Weiche oder die Betätigung eines Schalters möglich, fünf Personen vor dem tödlichen Überrollen durch einen außer Kontrolle geratenen Straßenbahnwagen zu retten. In Kauf zu nehmen wäre dabei allerdings der Tod einer anderen Person, die sich auf dem Gleis befindet, auf das der Straßenbahnwagen durch das Umstellen der Weiche gelenkt würde (die Originalversion von Foot (1978/2002), welche zwar wesentlich plausibler ist, allerdings vom Rezipienten montantechnologisches Basiswissen erfordert und daher experimentell schlechter verwendbar ist, lässt sich dahin gehend interpretieren, dass der Protagonist einen Hunt in einen Streb steuern kann, in dem sich ein Arbeiter befindet, oder einen zweiten, in dem sich fünf Arbeiter befinden). Auch wenn durch die Handlung des Umstellens der Weiche eine Person stirbt, die Handlung also absolut gesehen den Wert Schadensvermeidung oder Leben erhalten nicht erfüllt, erscheint in diesem Fall das Umlenken des Straßenbahnwagens zumindest als Option, da im Vergleich zur anderen Handlungsoption, die Weiche so zu belassen, vier Menschen weniger sterben. Wenn aber das Umleiten des Straßenbahnwagens auf ein drittes Gleis, auf dem sich keine Person befindet, möglich wäre, würde aller Wahrscheinlichkeit das Umlenken des Straßenbahnwagens auf das Gleis, auf dem sich eine Person befindet, als Volition bzw. Intention von den meisten Probanden abgelehnt. Die Entscheidung über die letztlich moralisch angemessene Volition erfolgt also nicht absolut, sondern im Vergleich zu anderen Handlungsoptionen. Evident ist allerdings auch, dass, vor allem falls die potentiellen Volitionen nicht anhand derselben Werthaltungen beurteilt werden können, sie allenfalls anhand des oben erwähnten übergeordneten, universellen Kriteriums verglichen werden können, dazu muss allerdings ihre Beurteilung anhand von Werthaltungen schon abgeschlossen sein.

Selbstverständlich spiegeln alle Begriffe die Realität im nomologischen Netzwerk ihrer Definition allenfalls partiell wider, daher soll mit der Definition von Werthaltungen nicht konstatiert werden, diese seien in dieser Form oder überhaupt existent. Zudem ist, wie bei allen Begriffspaaren, die aus dem Leib-Seele-Dualismus resultieren, der Zusammenhang zwischen Werthaltungen und Handeln nicht nachweisbar und zunächst allenfalls ein Postulat, welches in mehreren der oben zitierten Definitionen in der Form des Einflusses von Werthaltungen bzw. Werten auf das Handeln enthalten ist. Diesem Einfluss soll die

Definition für diese Forschungsarbeit neutral gegenüber stehen, da der Einfluss von Werthaltungen auf das Entscheiden vorerst untersucht werden soll. Prinzipiell ist durchaus möglich, dass das Konstrukt Werthaltung ohne direkten Einfluss auf das Handeln die Realität besser abbildet bzw. die Komplexität der theoretischen Zusammenhänge mit Motiven und ihre semantische Überlappung reduziert (im Sinne von Ockham). Ein mittelbarer Einfluss von Werthaltungen und ihrer Präsenz im Bewusstsein auf das Handeln wäre beispielsweise durch die Veränderung des Aufmerksamkeitsfokus oder der Situationsinterpretation und der damit einhergehenden Aktivierung anderer Motive möglich. Dieser potenziell lediglich mittelbare Einfluss könnte möglicherweise auftretende Divergenzen zwischen Werten und Handlungen besser erklären, als wenn von einem direkten Einfluss ausgegangen wird.

2. 4. Rests Modell moralischen Handelns

Ähnliche Überlegungen wie die zu Werthaltungen angestellten liegen Rests Modell (1983, 1994) moralischen Verhaltens zugrunde. Nach Rests Modell determinieren die vier Komponenten moralische Feinfühligkeit, moralische Urteilsfähigkeit, moralische Motivation und moralischer Charakter das moralische Verhalten. Auch wenn Rests Modell nicht hinreichend empirisch validiert ist, wird es im Folgenden doch erläutert, da die Begriffe bei Ausführungen zu moralischem Verhalten hilfreich sind (vgl. Hollwich, 2008a).

Ausgehend von Rests (1983) Darlegung der Unzulänglichkeit unterschiedlicher, in den verschiedenen psychologischen Disziplinen (kognitive Psychologie, Emotionspsychologie, Persönlichkeitspsychologie, Sozialpsychologie, Evolutionspsychologie) verwendeter Indikatoren für moralisches Verhalten wie Hilfsbereitschaft, Konformität zu sozialen Normen bzw. deren Internalisierung, Empathie oder Schuld, Argumentationen über Gerechtigkeit und Handlungen konträr zum Eigeninteresse, versucht er die bestehenden Forschungsbefunde in ein hypothetisches Modell mit den oben genannten affektiven und kognitiven Komponenten zu integrieren. Mehrfach konstatiert er, dass es sich dabei nicht um ein Entscheidungsmodell, das streng linear abläuft, handeln soll, sondern davon ausgegangen wird, dass Entscheidungssubjekte zwischen den einzelnen interdependenten Komponenten respektive den reziproken Prozessen alternieren.

2. 4. 1. Moralische Feinfühligkeit

Moralische Feinfühligkeit oder Sensibilität impliziert analog zu Rest (1983, S. 559-561; 1994, S. 23) als erste für moralisches Verhalten notwendige Komponente die Interpretation der aktuellen Situation, die Identifikation unterschiedlicher Handlungsoptionen und deren affektive Implikationen für Andere. Rest (1994, S. 23) hält dafür Perspektiven- und Rollenübernahmefähigkeit, Empathie, Vorstellungsvermögen möglicher Szenarien und Heuristiken über Kausalzusammenhänge für notwendig.

Dass es bei der medizinischen Berufsausübung besonderer moralischer Achtsamkeit bedarf, hat bereits Hippokrates (Lichtenthaeler, 1984) erkannt, ca. 2400 Jahre später konstatieren Rauchfleisch (1982), Krampen (1994), Müller (1998), Reiter-Theil (1998a) und Andere Gleiches für die Psychologie. Bedauerlicherweise sind in Rests Modell und seiner Konstruktbestimmung normative und deskriptive Aspekte konfundiert, was darauf zurückgeführt werden kann, dass Rest (1983) kaum zwischen normativen und deskriptiven Aspekten differenziert. Da Situationswahrnehmung und -interpretation durch Top-down-Prozesse beeinflusst werden, ist für ethisch angemessenes Verhalten schon bei der Situationswahrnehmung ethisches Wissen notwendig (vgl. Welfel & Kitchener, 1992, S. 179). Entsprechend definiert Müller (1998) in philosophischer Diktion moralische Sensibilität als die Erfassung der moralischen Tragweite durch die „korrekte Anwendung moralisch relevanter Begriffe“ (S. 126) auf die realitätskonforme Einschätzung der situativen Umstände.

2. 4. 2. Moralische Urteilsfähigkeit

Als moralisches Urteil definiert Rest (1983, S. 561-563; 1994, S. 24-25) den Prozess, die moralische Angemessenheit der mittels moralischer Feinfühligkeit ermittelten Handlungsoptionen zu beurteilen. Die Forschungsparadigmen von Kohlberg (1995) und Rest (1979) untersuchen allem voran diese Komponente (vgl. Rest, 1994), da in ihren Testverfahren die Handlungsoptionen verbal schon vorgegeben werden, sodass die moralische Feinfühligkeit kaum mehr bemüht werden muss. Zudem implizieren ihre Testverfahren nicht die Durchführung der als moralisch befundenen Handlung, wodurch die im Folgenden erläuterten Komponenten nicht (substanziell) zum Tragen kommen.

Die Bezeichnung dieser Komponente als moralische Urteilsfähigkeit (vgl. Lind. & Raschert, 1987), wie in der Literatur bisweilen Usus, ist nicht ganz unproblematisch. Für

die Beurteilung einer Fähigkeit ist zwangsläufig ein Kriterium notwendig, anhand dessen „besser“ und „schlechter“ bestimmt werden können. Ein Kriterium für die Feststellung moralischer Urteilsfähigkeit wird aus Rests Prozessbeschreibung des moralischen Urteils allerdings nicht ersichtlich. Möglich sind die Moralität des Individuums bzw. einer bestimmten Bezugsgruppe oder die ethische Angemessenheit. Bei Verwendung der Moralität des Individuums als Kriterium zur Beurteilung seiner moralischen Urteilsfähigkeit ist fraglich, worin sich die individuelle Moral manifestieren soll, um mit dem gefälltten moralischen Urteil verglichen zu werden, wenn nicht genau in diesem Urteil, wodurch die für das Referenzkriterium notwendige Redundanz wegfiel. Wird die Moral einer Bezugsgruppe herangezogen, um die moralische Urteilsfähigkeit eines Individuums zu beurteilen, wäre dies lediglich ein Abgleich zwischen der individuellen und der Moral der Bezugsgruppe. Da dabei allerdings nicht eindeutig konstatiert werden kann, welche der beiden Moralitäten die bessere ist, ist der Begriff Fähigkeit bzw. moralische Urteilsfähigkeit nicht angemessen (allenfalls moralische Anpassungsfähigkeit). Das letzte Problem lässt sich beheben, falls die ethische Angemessenheit als Kriterium herangezogen wird, wobei fraglich ist, ob diese überhaupt bestimmt werden kann und zudem ein psychisches Korrelat besitzt. Da die Unterscheidung zwischen der normativen und deskriptiven Perspektive bei einer potenziellen moralischen respektive ethischen Urteilsfähigkeit besonders gravierend ist, soll im Folgenden von ethischer Urteilsfähigkeit gesprochen werden, wenn als Kriterium zur Beurteilung der Fähigkeit auf die ethische Angemessenheit rekurriert wird.

2. 4. 3. Moralische Motivation

Moralische Motivation als dritte Komponente ist nach Rest (1983, S. 563-569; 1994, S. 25) die Bevorzugung moralischer Werte gegenüber anderen Handlungsimpulsen – sodass sich das Entscheidungssubjekt aufgrund moralischer Werte für eine bestimmte Handlungsoption entscheidet.

Auch wenn Rest (1983) bemüht ist, die hier noch unbenannten Komponenten als Prozesse zu beschreiben, deuten ihre Benennungen bei Rest (1994) eher auf Persönlichkeitseigenschaften hin. Prinzipiell wäre auch die Nützlichkeit des Konstrukts der moralischen Motivation höher, wenn eine transsituativ stabile Determinante festgestellt werden könnte, die zu moralischem Verhalten motiviert und zur Prognose herangezogen werden kann. Im Bezug auf Gerechtigkeit haben Dalbert, Montada und Schmitt (1987) ein

Motiv, welches Lerner (1981, 1982, 1998) als "justice motive" (1981, S. 11; 1982, S. 249) bezeichnet, empirisch belegt. Dabei tritt zum Einen das bereits erwähnte Problem auf, dass die Aktivierung eines Gerechtigkeitsmotivs nicht zu aus objektiver Perspektive als gerecht klassifizierbaren Handlungen führen muss, da objektiv bestimmte oder objektivierte Gerechtigkeit kein psychologisches Korrelat besitzen muss, zum Anderen ist eine durch das Gerechtigkeitsmotiv motivierte Person lediglich bestrebt, die Welt möglichst gerecht interpretieren zu können, was nicht notwendigerweise durch eine Handlung, sondern gegebenenfalls auch durch Reattribution erreicht werden kann. Ein Pendant zur moralischen Sensibilität kann die von Schmitt, Gollwitzer, Maes und Arbach (2005) messbar gemachte "justice sensitivity" (S. 202) darstellen. Rest (1983, S. 565-569) erläutert acht Theorien, die moralische Motivation zu erklären versuchen, allerdings nicht überzeugend von Forschungsergebnissen gestützt werden.

2. 4. 4. Moralischer Charakter

Moralischer Charakter ist konform zu Rest (1983, S. 569; 1994, S. 25) nach der Situationsinterpretation, der Auswahl der moralisch besten Handlungsoption und der Motivierung, diese auszuführen, abschließend für die tatsächliche Durchführung der Handlung auch intra- und extrapersonellen Widerständen entgegen erforderlich. Ichstärke, Perseveranz, Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, Überzeugungsstärke, Charakterstärke und Courage sind "virtues" (Rest 1983, S. 569), die Rest zufolge für die Durchführung einer moralischen Handlung förderlich sind.

Diese vier von Rest postulierten Determinanten moralischen Verhaltens sind in dem Maße interdependent, dass eine klare empirische Abgrenzung voneinander schwer fallen wird. Trotz dieser Problematik wird im Folgenden soweit sinnvoll Bezug zur Terminologie von Rest genommen.

2. 5. Intuition und moralische Intuition

Im Gegensatz zu Rest (1983, 1994), der davon ausgegangen ist, dass das moralische Urteil weitgehend bewusst getroffen wird, spricht die jüngere Forschung zunehmend von moralischen Intuitionen. Häcker und Stapf (1998a) beschreiben Intuition als Erfahrungsdenken, „dessen einzelne Stationen nicht mehr voll bewußt werden“ (S. 414). Ähnlich konstatieren Evans und Over (1996, S. 150), dass der Begriff Intuition verwendet

wird, um kognitive Prozesse zu beschreiben, von denen lediglich ihre Endprodukte bewusst werden. Der Begriff Intuition kann ebenfalls auf eine (perpetuierende) Fähigkeit referenzieren, da diese allerdings zwangsläufig multiple Einfluss nehmende Faktoren einschliesse, diese reduktionistische Verwendung des Begriffes nicht befürwortet wird, soll er hier ausschließlich die unter starker Beteiligung unbewusster Prozesse situativ entstandene kognitive Entität bezeichnen. Im Fall der moralischen Intuition besteht diese in der affektiv gebundenen Wahrnehmung eines Verhaltens oder einer Handlungsoption als richtig oder falsch, und zwar eben ohne dass der Bewertungsprozess bewusst wird. Nach Haidt (2007) bezieht sich der Begriff moralische Intuition auf "fast, automatic, and (usually) affect-laden processes in which an evaluative feeling of good-bad or like-dislike (about the actions or character of a person) appears in consciousness without any awareness of having gone through steps of search, weighing evidence, or inferring a conclusion." (S. 998). Greene und Haidt (2002, S. 517) vergleichen den Prozess der intuitiven moralischen Urteilsfindung mit einem ästhetischen Urteil, denn wie das Urteil über Gefallen oder Nichtgefallen bei Letzterem tritt das intuitive moralische Urteil als affektive Valenz (gut oder schlecht) ohne die anbahnende kognitive Arbeit ins Bewusstsein. Baron (1995, S. 36) betont die bloß bedingte Verlässlichkeit dieser intuitiven moralischen Urteile, denen er lediglich approximativen und nur in den meisten Fällen funktionalen Charakter zuschreibt. Aus einer evolutionstheoretischen Perspektive urteilt Feldon (2004): "Moral intuition then is the irrational instinct in rational creatures, which enables them to defy rationality [...]" (S. 67). Die moralische Intuition als Gegenpol zur sich phylogenetisch entwickelnden Rationalität (in Form der Wahrung von Eigeninteressen) sieht Feldon (2004) als notwendig für das dem Eigeninteresse zuwiderlaufende, aber das Fortbestehen der Gruppe sicherstellende Kooperieren an. Die genannten Kriterien moralischer Intuitionen fasst Saunders (2009) Beschreibung gut zusammen:

Moral intuitions are the sorts of easy and immediate moral judgments that we constantly make without any conscious effort and that strike us with a perception-like quality—characteristics that distinguish them from ordinary deductions that are comparatively slow and effortful. Moreover, unlike moral judgments in the deductive model, the sources of our moral intuitions are opaque, and we do not know what, if any, principles might underlie them. (S. 335)

2. 6. Berufsethische Suffizienz und berufsethische Kompetenz

Suffizienz versus Kompetenz: Der Ausdruck Suffizienz geht auf das lateinische Verb „sufficere“ zurück, das mit „ausreichen“ und „genügen“ übersetzt werden kann. Der Begriff Suffizienz bezieht sich auf Fähigkeiten, Kompetenzen bzw. Arbeitsleistung und bezeichnet deren ausreichendes Vorhandensein im Gegensatz zum Antonym Insuffizienz, welches vor allem in der Medizin geläufig sein dürfte. Optimal wäre ein Testinstrument, das nicht nur die Quantifizierung der berufsethischen Kompetenzen ermöglicht, sondern ebenfalls ein Kriterium für deren Genügen stellt. Dieses Kriterium müsste selbstverständlich ethisch legitimiert sein. Da beim aktuellen Forschungsstand allerdings ein konkreter Schwellenwert, ab wann die ethischen Kompetenzen eines Mediziners oder Psychologen zur ethisch angemessenen Berufsausübung ausreichen, nicht bestimmt und auch nicht legitimiert werden kann, wird im Folgenden nicht der Begriff berufsethische Suffizienz, sondern nur berufsethische Kompetenz verwendet.

Der Begriff Kompetenz: Prinzipiell kann Kompetenz als multidimensionales Konstrukt aufgefasst werden, welches in der Literatur so unterschiedlich benutzt wird, dass Weinert (2001) konstatiert: "There is no basis for a theoretically grounded definition or classification of competence from the seemingly endless inventory of the ways the term competence is used" (S. 46). Waters und Sroufe (1983) versuchen diese Multidimensionalität in ihrer Definition von Kompetenz einzufangen:

Competence is viewed as an integrative concept which refers broadly to an *ability to generate and coordinate flexible, adaptive responses to demands and to generate and capitalize on opportunities in the environment* (i.e., effectiveness). *As such, this would include at least the following:* (a) the individual's own contribution to the situation or opportunity for response, (b) recognition of opportunity or demand for response, (c) prior acquisition of response alternatives, (d) selection from among response alternatives, (e) motivation to respond, (f) persisting or changing the response as required, and (g) modulation (line tuning) or response. (S. 80, Hervorhebungen aus dem Original)

Wesentlich allgemeiner definiert Trudewind (2006) Kompetenzen:

Als Kompetenz wird das einem konkreten, zielgerichteten Verhalten zu Grunde liegende System psychischer Funktionen angesehen, dessen Verfügbarkeit und Funktionstüchtigkeit dem Individuum die Realisierung des kompetenten Verhaltens (Performanz) ermöglicht. (S. 516)

Noch genereller halten Häcker und Stapf (1998b) ihre Definition von Kompetenz, die zudem den Intensionen der vorausgehenden zuwiderläuft:

Kompetenz, (allg.) die Zuständigkeit eines Menschen, einer Institution. (S. 448)

Moralische Kompetenz: Bezüglich moralischer Kompetenz, welche Trudewind (2006) zufolge „als eine Teilkomponente der sozialen Kompetenz aufgefasst werden“ (S. 519) kann, fällt es schwer, in der Literatur überhaupt greifbare Definitionen zu finden. Einig sind sich die meisten Autoren, dass auch moralische Kompetenz ein multidimensionales Konstrukt ist (vgl. beispielsweise Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian & Chaowalit, 2005; Park & Peterson, 2006; Montada, 1980; Schwerdt, 2005; Reiter-Theil, 1998a; Reiter-Theil & Fahr, 2005a; Kahlke & Reiter-Theil, 1995; Reiter-Theil, 1994; Reiter-Theil & Hick, 1998), welches in den meisten Texten entsprechend umfassend erläutert wird.

Eine der wenigen prägnanten Definitionen moralischer Kompetenz stammt von Bierhoff (2004):

Moralische Kompetenz bezeichnet die Verfügbarkeit von kognitiven Strukturen, emotionalen Reaktionsmustern und motivationalen Dispositionen, die die Lösung zwischenmenschlicher Probleme auf der Basis moralischer Normen und ethischer Begründungen ermöglichen. (S. 569)

Entsprechend Trudewinds (2006) Aussage: „Der Kern der moralischen Kompetenz besteht in der Bildung eines „moralischen Urteils“, in dem die für die konkrete Situation als verbindlich geltenden Normen abgeleitet werden.“ (S. 520), wird auch hier die Fähigkeit, ethischen Standards genügende Urteile fällen zu können, als wesentlich erachtet. Dazu ist bei der Berufsausübung konform zu Reiter-Theil und Fahr (2005a) „die systematische Reflexion professionellen Handelns bezüglich seiner Voraussetzungen und Konsequenzen“ (S. 89-90) sowie der Mittel, Wege und Ziele notwendig. Die Umsetzung des moralischen Urteils hängt Jagers (2001) unter anderem von der "moral self-efficacy" ab, also der bei sich selbst wahrgenommenen Fähigkeit, das moralische Urteil in der konkreten sozialen Situation umsetzen zu können, und gehört analog zu Kohlbergs (1964) Ausführungen zur

moralischen Reife, welche sich allerdings eher auf Heranwachsende als auf Berufstätige bezieht:

The writer suggested a definition of moral maturity as the capacity to make decisions and judgments which are moral (that is, based on internal principles) and to act in accordance with such judgments. (S. 425)

Dabei überschätzt Kohlberg nach Brezinka (1988) die kognitiven Aspekte und vernachlässigt gewohnheitsbedingte, emotionale und motivationale Aspekte. Ebenfalls bezogen auf Heranwachsende nehmen Benner, Nikolova und Swiderski (2009) sowie Heynitz, Krause, Remus, Swiderski und Weiss (2009) eine Dreiteilung ethischer Kompetenzen, und zwar in die Teilkompetenzen moralische Grundkenntnisse, moralische Urteilskompetenz und moralische Handlungskompetenz vor. In Bezug auf die Berufsausübung schreibt Wittmann (1996) ähnlich den Ausführungen von Rest (1983, 1994), dass sowohl moralische Feinfühligkeit als Fähigkeit, moralische Probleme zu erkennen, als auch die Fähigkeit diese Probleme analysieren, reflektieren sowie konstruktiv lösen zu können, und zudem auch die Umsetzung der Lösungen zu ethischer Kompetenz zählen. Gegebenenfalls gehört Wittmann (1996) zufolge dazu auch der kritische Umgang mit den institutionellen Vorgaben. Diese drei Facetten (Erkennen, Urteilen, Umsetzen) finden sich in ähnlicher Form in der kulturell geprägten Definition von Jormsri, Kunaviktikul, Ketefian und Chaowalit (2005), die eine etwas andere Herangehensweise an moralische Kompetenzen wählen:

Moral competence can here be defined as the ability or capacity of persons to recognize their feelings as they influence what is good or bad in particular situations, and then to reflect on these feelings, to make their decision, and to act in ways that bring about the highest level of benefit for patients. In consideration of its definition, moral competence is seen as a combination of three dimensions: (1) moral perception as an affective dimension requires the individual's awareness of values and the expression of those values in clearly communicated messages about the same; (2) moral judgment as a cognitive dimension entailing the individual's choice of one value over another based on logical reasoning and critical thinking; and (3) moral behavior as a behavioral dimension involving the individual's application of values to action by being willing to receive public affirmation for the choice, and consistent repetition of the same. (S. 586)

Besonders interessant an dieser Definition ist die Interpretation der moralischen Sensitivität als affektive Komponente mit dem moralischen Urteil als nachfolgende kognitive Komponente. Wie bereits berichtet, legt die jüngere Forschung eben diese Reihenfolge nahe. Auch Park und Peterson (2006) integrieren die affektive Komponente in ihren Ansatz: "What distinguishes moral competence is the explicit moral value placed on the thoughts, feelings, and actions of the individual." (S. 982). Zudem schreiben sie moralischer Kompetenz eine zentrale Moderatorfunktion für andere Kompetenzen zu, welche von den bisher beachteten Autoren nicht erwähnt wurde:

Moral competence is the knowledge, ability, and motivation to pursue and to do good effectively. Moral competence is not entirely distinct from other types of competence, though. It relies on their optimal development and in turn may influence them. Indeed, moral competence is a generic competence that guides all other competences in constructive ways. (S. 982)

Berufsethisch: In dieser Forschungsarbeit soll nicht die allgemeine moralische Kompetenz, sondern im Speziellen die berufsethische Kompetenz untersucht werden. Somit müssen zusätzlich zur allgemeinen ethischen Orientierung die speziellen Erfordernisse bei der Berufsausübung berücksichtigt werden (vgl. Reiter-Theil & Fahr, 2005a, Reiter-Theil, Mertz, Schürmann, Stingelin Giles & Meyer-Zehnder, 2011). Berufsethisch werden in dieser Forschungsarbeit daher sämtliche Kompetenzen von Psychologen und Medizinern genannt, die zur Beurteilung der ethischen Angemessenheit ihrer beruflichen Entscheidungen notwendig sind. Fachliche Kompetenzen ermöglichen demgegenüber lediglich die Beurteilung der technischen Zweckmäßigkeit zu gegebenen und außer Frage stehenden Zielen führender Mittel (vgl. Hollwich, 2008a). Zumindest hier bei der Abklärung der Terminologie muss noch offen bleiben, was als ethisch angemessen erachtet werden soll. Diese Definition legt den Schwerpunkt auf den Urteilsaspekt moralischen Handelns, für welches gewiss weitere Fähigkeiten, Kompetenzen und Persönlichkeitsmerkmale notwendig sind. Beispielsweise ist die prinzipielle Motivation, moralisch zu handeln, schon bei der Situationsperzeption notwendig, um moralische Probleme wahrzunehmen. Zur Durchführung sind, wie bereits berichtet, Rest (1983) entsprechend Ichstärke, Perseveranz, Frustrationstoleranz, Durchhaltevermögen, Überzeugungsstärke, Charakterstärke und Courage notwendig. Diese Merkmale sind allerdings nicht ausschließlich für die Behebung moralischer Probleme notwendig, daher

wird ihre Integration in das Konstrukt der berufsethischen Kompetenz nicht für sinnvoll gehalten. Ihre Beurteilung und Messung sollte gesondert erfolgen.

2. 7. Dilemmata und Trilemmata

Da im konstruierten Testverfahren auf moralische Dilemmata rekurriert wird, werden im Folgenden zunächst drei Dilemmaformen voneinander abgegrenzt: (1) genuine oder echte ethische Dilemmata, (2) Prima-facie-Dilemmata und (3) praktische Dilemmata.

Anschließend wird erörtert, warum Trilemmata keine Anwendung finden können.

2. 7. 1. Genuine Dilemmata

Genuine oder echte ethische Dilemmata stellen Situationen dar, in denen (mindestens) zwei inkompatible Handlungsoptionen gleichermaßen geboten bzw. verboten sind – positiv ausgedrückt ist jede Handlung gleich legitim (da es entweder objektiv so ist, oder die kognitive Begrenztheit des Menschen verhindert, das Dilemma zu lösen). Wenn nun die Bewertung der ethischen Urteilsfähigkeit eines Menschen intendiert wird, der sich in einer selbigen Situation befindet, wird das rein anhand der Betrachtung der gewählten Handlungsoption nicht gelingen. Selbstverständlich kann die Entscheidungsbegründung beurteilt werden, wie es Kohlberg (Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508) in seinem Testverfahren vornimmt, was allerdings in Bezug auf die Bestimmung der ethischen Urteilsfähigkeit auch nicht weiterführend ist.

Denn wenn dieser Mensch sich eindeutig zugunsten einer Handlungsoption entscheidet und dies damit begründet, dass sie ethisch geboten sei, hat er nicht erkannt, dass er sich in einer echten Dilemmasituation befindet. Seine moralische Sensibilität wäre damit als schlecht zu beurteilen, das moralische Urteil könnte allerdings dennoch folgerichtig sein. Im Fall, dass er die ethische Dilemmasituation erkennt und daher seine Wahl der Handlungsoption legitimer Weise mittels vormoralischer Kriterien begründet, kann die moralische Urteilsfähigkeit wiederum nicht beurteilt werden. Daher werden hier echte ethische Dilemmata für die Bewertung der moralischen Urteilsfähigkeit für unbrauchbar erachtet.

2. 7. 2. Prima-facie-Dilemmata

Somit scheint es ratsam, zur Einschätzung der moralischen Urteilskompetenz Prima-facie-Dilemmata heranzuziehen. Bei ihnen kann eine Handlungsoption als legitimer bezeichnet werden als eine andere, deren Legitimität zunächst gleichwertig erscheint. Bei der Verwendung eines solchen Dilemmas zur Ermittlung der ethischen Urteilsfähigkeit müsste die Schilderung selbstverständlich möglichst genau erfolgen, damit ein Fehlurteil nicht auf die moralische Sensibilität zurückgeführt werden muss.

2. 7. 3. Praktische Dilemmata

Dilemmata, bei denen die aus ethischer Perspektive weniger stark gebotene Handlungsoption die eigenen Interessen besser befriedigen kann, werden gelegentlich praktische Dilemmata genannt (vgl. Brune, 2002; "practical dilemma" Beauchamp & Childress, 1994, S. 12; Beauchamp & Childress, 2001, S. 11). Entscheidungen bezüglich praktischer Dilemmata sind dementsprechend nicht nur von der ethischen Urteilsfähigkeit, sondern auch stark von der moralischen Motivation beeinflusst. Selbst in der Urteilsbegründung kann bei praktischen Dilemmata die ethische Urteilsfähigkeit mit der moralischen Motivation konfundiert sein.

2. 7. 4. Trilemmata

Trilemmata stellen Situationen dar, in denen die drei einzig möglichen Handlungsoptionen aus ethischer Sicht gleichwertig sind. Trilemmata und Situationen, in denen mehr als drei mögliche Handlungsoptionen aus ethischer Sicht gleichwertig sind, können in dieser Forschungsarbeit keine Verwendung finden, da bei ihnen die Entscheidungspräferenz nicht mehr nur auf einer Dimension abgebildet werden kann und somit u. a. keine Korrelationen der Entscheidungspräferenz mit weiteren Variablen berechnet werden können, was die statistische Datenauswertung ungemein erschweren würde.

2. 8. Absolute und komparative Urteile

Wie im vorausgehenden Abschnitt 2. 7. beschrieben, fordern moralische Dilemmata ein Urteil über Handlungsalternativen. Evident ist, dass der direkte Vergleich der Handlungsoptionen und das abgeleitete komparative Urteil die Voraussetzungen für eine

Entscheidung sind. Diesem komparativen Urteil gehen, der Auffassung des Autors zufolge, zwangsläufig Urteile über jede einzelne Handlungsoption voraus, denen ein allgemeines Bezugssystem als Referenz dienen. Diese Urteile sollen als absolute Urteile bezeichnet werden. Solange nicht die zu vergleichenden Handlungsoptionen anhand eines absoluten Kriteriums beurteilt wurden, können sie nicht in Relation zueinander gesetzt werden.

Prinzipiell muss, damit ein komparatives Urteil gefällt werden kann, eine Vergleichsdimension gewählt werden. Diese Vergleichsdimension dient anschließend entweder zur bloßen Feststellung der Unterschiedlichkeit, also einer Entscheidung über Gleichheit oder Ungleichheit der Merkmalsausprägung ($x \neq y$), oder zur Bestimmung des Größenverhältnisses der Entitäten in der Merkmalsausprägung zueinander ($x > y$) oder zur Quantifizierung der Differenz der Entitäten auf dieser Dimension ($x = y + \Delta$). Sobald nicht nur über Gleichheit oder Ungleichheit der Merkmalsausprägung entschieden werden soll, müssen die Merkmalsausprägungen quantitative Unterschiede aufweisen. Für die moralische Entscheidung zwischen zwei oder mehreren Handlungsoptionen ist die bloße Feststellung der Unterschiedlichkeit nicht weiterführend. Daher wird dabei auf eine Dimension mit den Polen gut und böse rekurriert. Rein theoretisch weist diese Dimension beim Übergang von böse zu gut einen Nullpunkt auf und besitzt somit Absolutskalenniveau.

Sollen andere Entitäten als Handlungsoptionen verglichen werden, kann gegebenenfalls das Verhältnis der absoluten Größen der zu vergleichenden Entitäten inferiert werden. Beispielsweise ist das komparative Urteil über mehrere Sprinter, welcher schneller gelaufen ist, ohne die Kenntnis über die absoluten Wettkampfzeiten möglich, falls alle Sprinter zur selben Zeit losgelaufen sind. Aus der Feststellung, dass Sprinter X im Ziel eingetroffen ist, die übrigen Sprinter aber noch nicht, lässt sich schließen, dass Sprinter X weniger Zeit benötigt hat, um ins Ziel zu gelangen, und somit schneller als die übrigen gelaufen sein muss. Das heißt, es wird die Existenz und Richtung einer Differenz festgestellt, wozu allerdings die absoluten Größen in irgendeiner Form zumindest external verfügbar sein müssen. Genauso verhält es sich beim Vergleich zweier Gewichte auf einer Balkenwaage oder bei der Beurteilung des Größenverhältnisses mehrerer Personen, die auf ebenem Untergrund nebeneinander stehen. Sobald die Differenz festgestellt wurde und nicht die Quantifizierung der Differenz angestrebt wird, sind die absoluten Merkmalsausprägungen der Entitäten irrelevant. Für das komparative Urteil ist ebenfalls

die absolute Größe der Differenz unerheblich, falls das Urteil kein höheres als Ordinalskalenniveau besitzen soll.

Wenn – im Gegensatz zum Beispiel der Sprinter oder der Balkenwaage – das Bestehen einer Differenz zwischen den absoluten Größen nicht direkt perceptibel gemacht werden kann, müssen mentale Repräsentationen der absoluten Größen der Entitäten miteinander verglichen werden, was zwangsläufig bei allen Entitäten der Fall ist, denen kein Ansichsein, sondern ausschließlich Fürmichsein zukommt (vgl. Hartmann, 1962). Gleiches gilt beim Vergleich der Ausprägung von Nicht-natürlichen-Eigenschaften (Schaber, 2002; Moore, 1996) mehrerer Entitäten. Dies ist zweifelsohne beispielsweise bei komparativen ästhetischen Urteilen der Fall – deren Ähnlichkeit zu moralischen Urteilen von Greene und Haidt (2002, S. 517) konstatiert wird. Soll die Formvollendung zweier Figuren miteinander verglichen werden, muss zunächst eine kognitive Repräsentation der absoluten Formvollendung jeder einzelnen Figur bestehen, um jene anschließend miteinander vergleichen zu können. Wenn das Urteil nicht rein zufällig erfolgen soll, ist dabei zwar weder die Bewusstheit der kognitiven Repräsentationen (allerdings ihre bloße Existenz) notwendig, noch die vollkommen genaue Bestimmung der absoluten Merkmalsausprägung – es genügt ihre näherungsweise Bestimmung, sodass mit ausreichender Sicherheit auf die Relation geschlossen werden kann.

Komparative Urteile über ausschließlich fürmichseiende Entitäten sind dementsprechend Urteile höherer Ordnung, deren logische Implikationen die kommensurablen und daher komparablen, absoluten Beurteilungen der zu vergleichenden Entitäten sind. Folgt man Krämer (1995), der konstatiert, „daß moralisches Sollen kein Ansichsein besitzt und von Subjektivität nicht abgetrennt werden kann“ (S. 47), verhält es sich bei moralischen Urteilen eben so (vgl. auch Moore, 1996). Krämers Position wird im Abschnitt 3. 1. 4. weiter ausgeführt.

2. 9. Kognitivismus

Der Begriff Kognitivismus findet sowohl in der Psychologie als auch in der Metaethik Verwendung – allerdings mit unterschiedlichen Bedeutungen. Daher soll hier der psychologische Begriff des Kognitivismus in Abgrenzung zum Behaviorismus und der metaethische Begriff des Kognitivismus in Abgrenzung zum Nonkognitivismus erläutert werden.

2. 9. 1. Behaviorismus und Kognitivismus

Konform zu Eichenbaum, Cohen und Packard (2003) wurde der behavioristische Ansatz von Thorndike, Watson, Hull und Skinner eingeleitet und verfochten. Seine Hauptannahme bestand ihnen nach darin, dass Lernen aus dem Erwerb von Assoziationen zwischen Reizen und Reaktionen bestünde und damit ein "incremental process of trial and error" (S. 788) sei.

Im Kontrast dazu befasst sich der Kognitivismus im Wesentlichen mit dem Konstrukt Wissen, seiner Aneignung, Erscheinungsform und seinem Gebrauch (Craik, 1991). Der Kognitivismus wurde unter anderem von Yerkes, Kohler und Tolman eingeleitet und vertreten; sie waren der Auffassung, dass einige Lernphänomene mit Reiz-Reaktions-Modelle nicht adäquat erklärt werden können und postulierten daher, dass in Lernsituationen Erwartungshaltungen darüber, welche Verhaltensweisen am zielführendsten sei, generiert würden (Eichenbaum, Cohen und Packard, 2003). Durch diese Konzeptualisierung von Lernen als Manifestation latenter kognitiver Prozesse im Verhalten entsteht konform zu Ramey (2005) eine Dichotomie zwischen der Person an sich und ihrer Außenwelt.

2. 9. 2. Kognitivismus und Nonkognitivismus

Die Differenzierung zwischen Kognitivismus und Nonkognitivismus ist laut Düwell, Hübenthal und Werner (2002) ein der allgemeinsten Unterscheidungen der Metaethik. (Das Thema Metaethik hätte sicherlich ausführliche Würdigung verdient, kann hier allerdings nicht entsprechend abgehandelt werden.) Die zentrale Annahme des Nonkognitivismus besteht nach Düwell, Hübenthal und Werner (2002) darin, dass moralischen Urteilen jeglicher Wahrheitsgehalt abgesprochen wird. Die Vertreter des Kognitivismus postulieren im Gegensatz zu denen des Nonkognitivismus, dass die Attribute gültig, wahr, richtig und ihre Antonyme auf moralische Urteile angewendet werden können (vgl. Düwell, Hübenthal & Werner, 2002, S. 11-12; Morscher, 2002, S. 38). Weitere Definitionsmerkmale des Kognitivismus, die allerdings nicht von allen Vertretern angenommen werden, sind, dass moralische Urteile begründungsfähig und ihr Wahrheitsgehalt erkennbar sei. Das Phänomen der Emotion Empörung, welches nach Montada und Kahls (2001, S. 141-143) vom Gefühlssubjekt angenommene Gültigkeit und Erkennbarkeit moralischer Normen voraussetzt, belegt, dass gewöhnlich „eine gewisse Art

von Kognitivismus [...] zu den Voraussetzungen unseres moralischen Denkens“ (Scarano, 2002, S. 33) gehört.

3. Theorie

Da für diese Forschungsarbeit sowohl ethische als auch psychologische Theorien von Bedeutung sind, lässt sich der folgende Theorieteil grob in einen Teil der ethischen Theorien und einen der psychologischen Theorien aufteilen. Da die ethischen die psychologischen Ausarbeitungen bedingen, folgt zunächst das Kapitel zu den notwendigen ethischen Theoriegrundlagen und anschließend das Kapitel, in denen die notwendigen psychologischen Theorien und die Forschungsfragen für die empirische Untersuchung ausgearbeitet werden sollen.

3. 1. Ethische Theorien

Es empfiehlt sich dann aber, den hohen Anspruch einer rationalen »Letztbegründung« ganz durch den moderaten einer rationalen (Super-) Normen- und Kontextkontrolle zu ersetzen, bei der Kriterien der Konsistenz und Kohärenz leitend sind. (Krämer, 1995, S. 56)

Wie bei der Erörterung der Terminologie schon angemerkt, sind die Begriffe Kompetenz und Suffizienz Maßstäbe zur Beurteilung der Fähigkeit einer Person, eine bestimmte Leistung zu erbringen. Soll die ethische Suffizienz bzw. Kompetenz einer Person beurteilt werden, muss, um dafür ein Kriterium entwickeln zu können, vorab aus ethischer Perspektive geklärt werden, ob es möglich ist zu bestimmen, wie eine Person in einer bestimmten Situation handeln sollte, also eine normative Aussage bezüglich des Handelns anderer Personen zu treffen. Ob und wie solche moralischen Forderungen legitimierbar sind, soll als Erstes in diesem Kapitel erörtert werden. Dabei wird ein Exkurs zu Kants Ethik helfen, im Anschluss Kohlbergs ethischen Ansatz zu erläutern, welcher als ethische Grundlage der gebräuchlichsten Teste mit ethischer Thematik ("Moral Judgment Interview", Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508; "Defining Issues Test", Rest, 1979, S. 289-296; "Defining Issues Test 2", Rest, Narvaez, Thoma & Bebeau, 1999, S. 658-659; „Moralisches Urteil-Test“, Lind, 1978, S. 200-201, 1985b, S. 77-80; "Moral Judgment Test", Lind & Wakenhut, 1985, S. 104-105) herhält, und zu legitimieren versucht, warum die Entscheidungsrichtung bei der

ethischen Beurteilung von Handlungen vernachlässigt werden kann und aufgrund dessen kritisiert werden soll. Im nachfolgenden Verlauf soll die Auffassung begründet werden, warum es sowohl aus pragmatischer als auch aus ethischer Perspektive dennoch sinnvoll erscheint, die Entscheidungsrichtung zu berücksichtigen. Mittels der vorab geschilderten Integrativen Ethik Krämers (1995) soll anschließend der Rekurs auf Beauchamp und Childress' (1994) ethische Ausarbeitungen, welche auch für die psychologische Tätigkeit fruchtbar sind (Reiter-Theil & Fahr, 2005a), zur Beurteilung der Entscheidungsrichtung und der darauf folgenden freien Handlungen von Medizinerinnen und Psychologinnen aus ethischer Sicht legitimiert werden.

3. 1. 1. Rechtfertigung moralischer Forderungen

Rechtfertigungen und ihre Kategorisierung: Honnefelder konstatiert (1997): „Zum Ethos der modernen, durch Pluralisierung der Wertüberzeugungen und Differenzierungen der Teilbereiche gekennzeichneten Gesellschaft gehört der Anspruch, jede moralische Forderung auch rechtfertigen zu können“ (S. 40). Rechtfertigungen werden zur Erzielung eines Konsenses abgegeben, daher sind sie ohne Zweifel am oder Einwände gegen das Gerechtfertigte redundant. Rechtfertigungen zur Erzielung eines Konsenses über eine moralische Forderung intendieren folglich in der Regel ihre Akzeptanz durch andere, um damit ihre Erfüllungswahrscheinlichkeit zu erhöhen (oder die Redlichkeit des Fordernden zu unterstreichen). Der Rechtfertigende beugt mit der Rechtfertigung antizipierten Einwänden (beispielsweise in Form von Zweifeln an der Legitimität der moralischen Forderung) vor oder antwortet auf sie. Eine mögliche Kategorisierung von Rechtfertigungen moralischer Forderungen ist rational, prima facie rational und irrational.

Forderungen: Aufgrund der notwendigerweise anzunehmenden Wollensdivergenz zwischen Forderndem und Gefordertem macht die Illokution einer Forderung nur bezogen auf das Verhalten oder die Handlungen *anderer* Sinn. Eine moralische Forderung impliziert nicht nur die Aufforderung zum moralischen Handeln an sich, sondern ebenfalls die Spezifikation der als moralisch erachteten Handlungsweise. Entsprechend ist zur gelungenen Rechtfertigung einer moralischen Forderung ein Konsens einerseits über die Forderung moralisch zu handeln – in Bayertz (2004) Diktion „Meiers Problem“ (S. 17-20) sowie andererseits über das Postulat, eine *bestimmte* Handlung sei moralisch notwendig – in Bayertz (2004) Diktion „Müllers Problem“ (S. 14-17).

Rationale Rechtfertigungen: Soll eine *rationale* Rechtfertigung einer konkreten moralischen Forderung erfolgen, wie es beispielsweise die universalistische Vernunftethik Kants und die auf ihr basierenden, deontologischen Ansätze, die Theorien des Gesellschaftsvertrages und zudem die utilitaristischen Ethiken für möglich halten (vgl. Koller, 1995, S. 65-66), muss nicht nur begründet werden, warum die geforderte Handlung zu einem bestimmten Zielzustand führt, was lediglich die Handlung unter der Prämisse eines außer Frage stehenden anzustrebenden Zielzustandes rational erscheinen ließe, sondern die Aufforderung zum Anstreben dieses bestimmten Zielzustandes selbst muss rational begründet werden, was die Darlegung darüber impliziert, warum der Adressat der Forderung sich veranlasst fühlen sollte, überhaupt und zudem moralisch zu handeln sowie dem konkreten Inhalt der Forderung entsprechend zu handeln. Dabei macht die (durch die Rechtfertigung der moralischen Forderungen) performativ attestierte Notwendigkeit der Akzeptanz durch Andere die Letztere selbst wiederum zum Explanandum, was ohne Ausnahme in einen infiniten Regress mündet oder, wie bei prima facie rationalen Rechtfertigungen moralischer Forderungen, bei konsensuell akzeptierten und nicht weiter hinterfragten oder nicht sinnvoll deduzierbaren Feststellungen stehen bleibt.

Geteiltes Wollen: Meist betreffen diese Feststellungen ein geteiltes Wollen, sind daher zwar rationalisierbar, allerdings prinzipiell irrationalen Ursprungs, da eine Willensbekundung ohne weitere Begründung zwangsläufig irrational – also dem Verstand nicht vollständig zugänglich und daher rational nicht erklärbar – bleibt, und darüber hinaus Begründungen des Willens wiederum zu einem infiniten Regress führen und somit ebenfalls dem Verstand nicht vollständig zugänglich sind. Dem entspricht auch, dass Bambeck und Wolters (1981, S. 113) zufolge die Anzahl der Autoren moralphilosophischer Literatur, die eine *partielle* rationale Rechtfertigung moralischen Handelns für möglich erachtet, in der Überzahl ist.

Irrationalitätsverschiebungen: Prima facie rationale Rechtfertigungen moralischer Forderungen sind daher Irrationalitätsverschiebungen, bei denen die Irrationalität der Rechtfertigung durch eine pseudorationale Begründung zu einer irrationalen Implikation verschoben wird, statt wie bei irrationalen Rechtfertigungen moralischer Forderungen diese gleich mit dem Wollen einzelner oder bevorzugt mehrerer Individuen zu begründen.

3. 1. 2. Deontologische Theorien

Entgegen der erfolgten Argumentation suggeriert der Begriff Deontologie, ein Sollen rational rechtfertigen zu können. Denn entsprechend der wörtlichen Übersetzung bedeutet >Deontologie< „die *Lehre vom Sollen* (von griechisch *to deon* [το δέον] – das Schickliche, die Pflicht)“ (Werner, 2002, S. 122). Infolge der von Kant eingeleiteten deontologischen Wende ist seine Ethik eine der bekanntesten deontologischen Ethiken. Schon durch die Bezeichnung seiner Werke „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ und „Metaphysik der Sitten“ bringt er zum Ausdruck, „dass die sittlichen Prinzipien nicht auf die Eigenheiten der menschlichen Natur gegründet, sondern für sich a priori bestehend sein müssen“ (Kant, 2005, S. 53) und somit als deontologisch zu erachten sind. Den Ausgangspunkt von Kants (2005) Argumentation bildet die Feststellung, dass aufgrund der Wertungsambivalenz hinsichtlich sich empirisch manifestierender Dinge nur ein guter Wille als uneingeschränkt gut beurteilt werden kann (für eine detailliertere Darstellung des hier zugrunde gelegten Verständnisses von Kants Ethik siehe Hollwich, 2008a). Die moralische Valenz des Willens bestimmt sich Kant (2005) zufolge nicht durch vormoralische Kriterien wie beispielsweise seine Auswirkungen auf das Handeln und dessen Folgen, sondern ausschließlich durch das Wollen an sich. Das Hervorbringen eines an sich guten Willens sei Aufgabe der Vernunft, folgert Kant (2005) aus seiner Annahme ihrer zweckgebundenen Existenz als praktisches Vermögen sowie ihrem von Kant (2005) unterstellten Unvermögen, Glück zu evozieren. Im weiteren Verlauf seiner Ausführung differenziert Kant zwischen pflichtgemäßen sowie Handlungen aus Neigung und konstatiert, dass nur die *Maxime* der erstgenannten, also das Prinzip des Wollens, einen moralischen Gehalt besäße. Eine heteronome Handlung aus Neigung oder aufgrund einer Forderung kann Kant (2005) zufolge keinen moralischen Gehalt besitzen. Entsprechend ist eine moralische Forderung im Denken Kants (2005) ein Oxymoron, da eben Handlungen zur Erfüllung von Forderungen dem heteronomen Willen entspringen und somit nach Kant (2005) nicht moralisch sind. Darüber hinaus entziehen sich die Verifikation sowie die Falsifikation der Moralität des Geforderten dem Vermögen des Fordernden, denn Moralität ist nach Kant (2005) das „Verhältnis der Handlungen zur Autonomie des Willens, das ist, zur möglichen allgemeinen Gesetzgebung durch die *Maximen* desselben.“ (S. 94). Die allgemeine Gesetzmäßigkeit der Handlung definiert Kant (2005) vorausgehend wie folgend „ich soll niemals anders verfahren, als so, dass ich auch wollen könne, meine *Maxime* solle ein

allgemeines Gesetz werden“ (S. 40). Demzufolge können zwar Handlungen identifiziert werden, die mit einem autonomen Willen unvereinbar und damit nach Kant (2005) nicht erlaubt sind, Handlungen, die dem autonomen Willen nicht zuwider laufen, müssen ihm allerdings nicht entspringen, und damit kann die Moralität des Handelnden nur von ihm selbst und nicht von fremden Personen bestimmt werden. *Es muss daher konstatiert werden, dass Kants Ethik zur Legitimation moralischer Forderungen nur in Ausnahmefällen herangezogen werden kann, und sie selbst dann nicht als Handlungsgrund für eine moralische Handlung dienen können.*

Kritik an Kants Ethik: Das angestrebte Unterfangen, moralische Forderungen zu erheben, um einen Test zur Erfassung ethischer Kompetenzen zu erstellen, müsste somit aufgegeben werden, wenn Kants Ethik die einzig vertretbare wäre, was jedoch aufgrund vielfältiger Kritik an ihr bezweifelt werden kann. Eine Kritik von Krämer (1995), die die Legitimation der Ethik Kants infrage stellt, lautet, dass in der eben zitierten Definition der allgemeinen Gesetzmäßigkeit „ich soll niemals anders verfahren, als so, dass ich auch wollen könne, meine Maxime solle ein allgemeines Gesetz werden“ sowohl das Sollen und als auch das Wollen an erster Stelle stehen, was sich rein logisch ausschließt. Dem Wollen folge ein hypothetischer Imperativ – steht das Sollen an erster Stelle, so kann nach Krämer (1995) nicht mehr frei gewollt werden. Krämer (Krämer, 1995, S. 14-15) argumentiert weiter, dass ein verbindliches Sollen unserer eigenen Verfügung entzogen sein muss, ansonsten wäre das Sollen jederzeit von uns revidierbar. Bei Kant dient die Vernunft als Geltungsquelle des Sollens, wobei, falls das Entscheidungssubjekt über die Resultate seiner Vernunft verfügen kann, Moralität eine strebensethische Angelegenheit wäre. Falls sie allerdings seiner Verfügung entzogen ist, und sich das Entscheidungssubjekt von den Resultaten der Vernunft genötigt fühlte, ohne sich für die Anerkennung dieser Sollensquelle entscheiden zu können, wäre das Krämer zufolge psychopathologischer Zwang bzw. eine heteronome Vorstellung des „Factums der Vernunft“ (Kant, 1827, S. 46). Diese von Krämer (1995) aufgedeckte logische Unstimmigkeit resultiert aus Kants Versuch der Konstruktion einer internalistischen Ethik, welcher allerdings Krämer (1995, S. 14) zufolge zwangsläufig mit unüberwindlichen Schwierigkeiten behaftet ist, die er exemplarisch „an der Annahme von sogenannten Pflichten gegen sich selbst“ (S. 16) die „bei Kant einen zentralen systematischen Stellenwert“ (S. 14) gewinnen, illustriert. „Wozu wir uns selbst verpflichten, wäre vom freien Wollen her jederzeit revidierbar und daher

nicht letztverbindlich. Verbindlich kann *stricto sensu* nur dasjenige Gebot sein, das unserer eigenen Verfügung entzogen ist.“ (S. 14), konstatiert Krämer (1995). Schon Mills (2004) Kritik deutet die Unwirksamkeit der von Kant postulierten Pflichten gegen sich selbst an: „Sobald er es jedoch unternimmt, aus dieser Regel einige konkrete moralische Pflichten herzuleiten, misslingt ihm in geradezu grotesker Weise der Nachweis, dass darin, dass alle vernünftigen Wesen nach den denkbar unmoralischsten Verhaltensnormen handeln, irgendein Widerspruch, irgendeine logische oder auch nur physische Unmöglichkeit liegt.“ (S. 8). Wundt (1898) konstatiert, wie es auch durch zahlreiche nachfolgende psychologische Forschungsarbeiten bestätigt wird (Evans & Over, 1996; Kahneman, 2003; vgl. auch Damasio, 2007 und andere), dass der von Kant (2005) geforderte autonome Wille kein psychologischer möglicher Begriff sei: „Ein durch rein intellektuelle Motive bestimmtes, völlig affectloses Wollen ist daher wie schon oben (S. 221) bemerkt, ein psychologisch unmöglicher Begriff.“ (Wundt, 1898, S. 226).

3. 1. 3. Utilitaristische Theorien

Wie wir wissen, zieht Mill (2004) u. a. diese Kritik an Kants ethischer Theorie aufgrund der geschilderten empirischen Beobachtung als Argument für seine utilitaristischen Ausarbeitungen heran, in denen er moralisch gut mit nützlich gleichsetzt (vgl. Schischkoff, 1991, S. 749; für eine detaillierte Darstellung des Utilitarismus vgl. Hollwich, 2008a), und handelt somit entsprechend Hardins (1996) Feststellung: "Backed to the wall by the real world, virtually every moral and political theorist is a mutual-advantage pragmatist." (S. 19). Der argumentativ (als Rechtfertigung für eine moralische Forderung) verwendete gegenseitige Vorteil ist für sich rational, da er einen Konsens wahrscheinlich macht, gründet allerdings letztendlich auf dem (irrationalen) Wollen unterschiedlicher Personen und entspräche daher einer *prima facie* rationalen Rechtfertigung moralischer Forderungen der oben formulierten Kategorisierung.

Der gegenseitige Vorteil als Legitimation: Warum Moraltheoretiker und andere Denker statt auf eine moralische Argumentation auf den gegenseitigen Vorteil rekurren – in Krämers (1995) Diktion „die strebensethische Umdeutung des moralischen Sollens in der Gegenwart“ (S. 41), erklärt dieser mit „der Erfahrung, daß die Motivationskraft des Moralischen im Abnehmen begriffen ist“ (S. 41), und warnt anschließend allerdings davor, „Motivationsprobleme allzu großen Einfluß auf die fortbestehenden Geltungsfragen nehmen zu lassen oder gar beide miteinander zu verschleifen“ (S. 41), denn, so konstatiert

er, die Annahme, „die Anforderungen der Sozietät ließen sich mit dem Eigeninteresse des Einzelnen schlechthin zur Deckung bringen, ist illusorisch“ (S. 39), und entzieht dem Utilitarismus und anderen teleologischen Ethiken damit die argumentative Basis (vgl. auch Medlin, 1957). Den doppelten logischen Fehlschluss bei der gängigen Legitimation des Utilitarismus exemplifiziert Moore (1996, S. 157) schon an Mills Ausführungen. Ausgehend von der Gleichsetzung von „gut“ und „nützlich“ bzw. „wünschenswert“, aufgrund derer Schischkoff (1991, S. 749) den Utilitarismus kritisierend ihn zu einer Pseudoethik deklassiert, argumentiert Mill (2004, S. 60-61), dass nur das, was von den Menschen tatsächlich gewünscht wird, wünschenswert sei, und schlussfolgert anschließend: „Dafür, daß das allgemeine Glück wünschenswert ist, läßt sich kein anderer Grund angeben, als daß jeder sein eigenes Glück erstrebt, insoweit er es für erreichbar hält.“ (S. 61). An diesem argumentativen „Übergang vom üblichen naturalistischen Hedonismus zum Utilitarismus“ (Moore, 1996) kritisiert Moore u. a., dass er „nur einen Grund für den Egoismus“ (S. 157) (dessen Lehre allerdings ebenfalls „in sich widersprüchlich ist“ (S. 157)) und „nicht für den Utilitarismus“ (S. 157) böte. Wie Schischkoff (1991) kritisiert er ebenfalls vorab, dass sich Mill „auf so naive und sorglose Weise des naturalistischen Fehlschlusse bedient, wie man es sich nicht besser hätte ausdenken können. >Gut<, so behauptet er, bedeutet >begehrenswert<, und man kann das Begehrenswerte nur herausfinden, wenn man herauszufinden sucht, was wirklich begehrt wird“ (S. 110-111).

3. 1. 4. Integrative Ethik

Zudem stellt Krämer (1995) fest:

Eine »Moralbegründung« durch das Eigenwollen oder wohlverstandene Selbstinteresse des moralischen Subjekts würde Moral und Moralität in ein andersartiges Selbstverwirklichungsstreben überführen und Moralphilosophie durch eine heterogene Strebensethik ersetzen. Moral und Begründung verhalten sich hier in Wahrheit komplementär zueinander und schließen einander gegenseitig aus: Entweder gibt es Moral ohne moralexterne Begründung oder Begründung ohne Moral. (S. 30)

Womit der Versuch der Rechtfertigung moralischer Forderungen wie im Utilitarismus bzw. mit dem gegenseitigen Vorteil wie in Hardins (1996) Anmerkung als verfehlt betrachtet werden kann – er transformierte die moralischen Forderungen lediglich zu einer

strebensethischen Argumentation, bei der es dem Rezipienten überlassen ist, ihr zu folgen oder nicht. Wie auch schon Feldon (2004) konstatiert, ist der Antagonismus zwischen Eigeninteresse und moralischem Verhalten Krämer (1995) zufolge für Letzteres wesensbestimmend: „Die moralische Nötigung besteht dann darin, das Privatinteresse dem Ganzen unterzuordnen, und zwar auch ohne Aussicht auf eine künftige Entschädigung. Ein solcher unabgegotener Überschuß ist für die moralische Leistung und das moralische Sollen konstitutiv.“ (S. 29).

Keine allgemein hin anerkannte rationale Rechtfertigung: Somit weist die gegenwärtige, von Hardin (1996) und Krämer (1995) konstatierte Praxis, mit dem gegenseitigen Vorteil zu argumentieren beziehungsweise das moralische Sollen strebensethisch umzudeuten, vielmehr darauf hin, dass es keine allgemein hin anerkannte rationale Rechtfertigung moralischer Forderungen gibt, sondern es, wie Krämer (1995) konstatiert, illusorisch ist, „Moral darüber hinaus kognitivistisch oder objektivistisch begründen zu wollen. Wer ihre Grundlage nicht in einer Wollensordnung und ihre Gültigkeit nicht in der Aufstufung konzentrischer konsensueller Horizonte gewährleistet findet und darin bloße Moralpsychologie argwöhnt, verkennt, daß andere Geltungsquellen nicht zur Verfügung stehen“ (S. 57, vgl. zum Thema Kognitivismus Abschnitt 2. 9. 2.). Darüber hinaus bestärkt Krämer (1998): „Die Philosophie muß, so meine ich, endgültig darauf verzichten, eines ihrer ältesten Ziele zu verfolgen: nämlich zu beweisen, daß es sinnvoll und notwendig ist, moralisch zu sein und zu handeln. Moralität wäre dann nur eine Sache der Einsicht, nicht eine der originären Option emotiver oder volitiver Art.“ (S. 105). Krämer (1998) ist der Auffassung, dass moralisches Sollen „die Kehrseite des Wollens der Anderen ist, die mit ihren Forderungen und Erwartungen uns gegenüber treten“ (S. 95), und somit: „Moral in der Realität (nicht in der idealisierenden philosophischen Theorie) weitgehend und unaufhebbar von irrationalen Motiven bestimmt ist.“ (S. 95). Folgt man Krämers (1995, 1998) Postulaten, hieße dies, dass weder die Forderung zu moralischem Handeln an sich – in Bayertz (2004) Diktion also „Meiers Problem“ (S. 17-20) – noch der Inhalt der moralischen Forderung – in Bayertz (2004) Terminologie „Müllers Problem“ (S. 14-17) – letztgültig rational gerechtfertigt werden kann, sondern lediglich Letzterer mit dem Wollen des Fordernden oder dem konsensuellen Wollen der Fordernden legitimiert werden kann, dessen Gültigkeit allerdings durch den übergeordneten Erwartungshorizont einer größeren Gruppe und dieser wiederum durch den Überkonsens der Epoche aufgehoben werden kann. Zusammenfassend stellt Krämer (1995) fest: „Die

Grundoptionen der moralisch Fordernden sind primär nicht rational, sondern überwiegend emotiv, volitiv und präskriptiv (in dieser Abfolge) und daher zu Recht als non-kognitivistisch charakterisiert.“ (S. 57).

Gültigkeit moralischer Forderungen: Beim Rezipienten der Forderung, bei dem man Krämer (1995) zufolge von einem „intuitiven Verstehen fremder Erwartungshaltungen“ (S. 57) ausgehen und darin „eine starke kognitive Komponente erblicken“ kann, entsteht somit das moralische Sollen mit dem Bewusstsein für Unvereinbarkeiten zwischen eigenem und fremdem Wollen und der mit ihm einhergehenden Erwartung anderer, dass bei Entscheidungen ihr Wollen berücksichtigt wird. Die gängige und von Hardin (1996) kritisierte Praxis, mit dem gegenseitigen Vorteil zu argumentieren, kann somit als Versuch angesehen werden, moralisches Sollen nur im Austausch gegen die Befriedigung eigener moralischer Forderungen zu erfüllen, also strebensethisch Gutes gegen moralisch Gutes einzutauschen. Denn im „Unterschied zum Guten der Strebensethik ist das moralisch Gute das für den jeweils anderen Gute, dem zufolge wir das für ihn strebensethisch Gute ihm überlassen, verschaffen oder das entsprechende Schlechte von ihm fernhalten“ konstatiert Krämer (1995, S. 66-67). Dabei stellt sich die „Frage nach der Billigkeit, Gültigkeit und Ausweisbarkeit moralischer Forderungen“ (Krämer, 1995, S. 48), der sich Krämer (1995) in folgender Form stellt: „Gibt es ein Kriterium dafür, ob ein Ansinnen moralisch objektiv vertretbar ist, zumal im Falle der Nichtanerkennung seitens des Geforderten, also bei konfligierenden Geltungsansprüchen?“ (Krämer, 1995, S. 48), wobei der Annex die Frage dahin gehend konkretisiert, dass erörtert werden soll, wie ein Konflikt darüber, was moralisch geboten ist, gelöst werden kann, und nicht, warum jemand überhaupt moralisch handeln sollte. Geltungstheoretisch ist dabei der reine Verweis auf das Wollen anderer, Krämer (1995, S. 48) zufolge, nicht ausreichend. Der Geltungsgrad einer moralischen Forderung steigt nach Krämer (1995, S. 50) mit der Höhe der hierarchischen Stufe des Erwartungshorizontes, mit dem die Forderung konvergiert, relativ zu anderen Erwartungshorizonten. Gleichzeitig nimmt allerdings der Verantwortungsdruck „mit der zentrifugalen Perspektive“ (Krämer, 1995, S. 50) ab. Dementsprechend verhalten sich Geltungsgrad und Verantwortungsdruck umgekehrt proportional zueinander. Die Verantwortung gegenüber den Wollenden der hierarchisch höheren Erwartungsebenen ist konform zu Krämer (1995) niedrig, der Geltungsgrad des sich aus ihrem Wollen ergebenden moralischen Sollens ist hoch. Die von Krämer (1995) vorgenommene „Abstufung der einander übergreifenden fremden Erwartungshorizonte“ (S. 48) beinhaltet

auf der höchsten Ebene die Menschengattung, auf der darunter liegenden Ebene den faktischen Konsens der Gruppe, dem Krämer (1995) wiederum den Konsens neutraler Zeugen und Beurteiler unterordnet. Auf der untersten Ebene siedelt er die involvierten Kontrahenten an. Der spezifische Erwartungshorizont ergibt sich konform zu Krämer (1995, S. 51) aus dem objektiven Konsens bezüglich moralischer Bewertungen und nicht durch den, der durch die Beteiligten an- oder wahrgenommen wird. Dabei bleibt allerdings jeder Konsens relativierbar (vgl. Krämer, 1995, S. 51-52).

Fazit: Damit intendiert Krämer (1995) mit seiner ethischen Theorie nicht nur die Integration der Strebens- und Sollensethik, was ihm gemäß „das Konkurrenzverhältnis von >Moralität und Sittlichkeit<“ (S. 37) in ein Kooperationsverhältnis überführt, sondern ebenfalls die „speziellen Moralen immanent zu explizieren“ (S. 37), also die unterschiedlichen Moralen der verschiedenen hierarchisch angeordneten Erwartungshorizonte miteinander zu vereinen und aufeinander abzustimmen. Angesichts der über die Jahrtausende perseverierenden, unergiebigsten, moralphilosophischen Debatte über eine konsensuelle Antwort auf die „W-Frage“ (Bayertz, 2004, S. 20) scheint es sinnvoll, Krämers Ausführungen zur Zwangsläufigkeit ihres Scheiterns beizupflichten, „Moral als intersubjektives, soziomorphes Phänomen“ (Krämer, 1995, S. 32) zu akzeptieren und aufgrund der daher auch zwangsläufig nur intersubjektiven Objektivität moralischen Sollens, welche trotz andauernder Versuche nicht von Subjektivität isolierbar ist (vgl. Krämer, 1995, S. 24), bei der Beantwortung moralischer Fragen auf einen möglichst weitreichenden Konsens zu rekurrieren, was im Übrigen auch Luhmann (2008) als Erfolg versprechend ansieht: „Höhere und verlässlichere Wahrscheinlichkeiten des Übereinkommens sind nur zu erreichen, wenn man den Erwartungshorizont des je aktuellen Erlebens einbezieht und das Verhalten über Erwartungen koordiniert.“ (S. 28).

Schussendlich bedeuten Krämers (1995) Ausführungen für den behandelnden Mediziner oder Psychologen, dass zumindest für das explizierte Wollen des Klienten oder Patienten, der ihm gegenübertritt, und dem daraus resultierenden moralischen Sollen ein starker Kognitivismus angenommen werden kann (vgl. Abschnitt 2. 9. 2.). Zudem konstatiert Krämer einen hohen Verantwortungsdruck des Mediziners oder Psychologen gegenüber den Patienten oder Klienten, mit denen sie in unmittelbarem Kontakt stehen. Das Wollen des Klienten ist zum einem mit den Erwartungshorizonten anderer hierarchischer Stufen abzugleichen, denen Krämer (1995) höheren Geltungsgrad zuschreibt, und bezüglich derer zudem mindestens von einer schwach kognitivistischen

Position ausgegangen werden kann (vgl. Abschnitt 2. 9. 2.). Ferner steht dem Wollen des Klienten eventuell das zukünftige vom Mediziner oder Psychologen zu antizipierende Wollen des Klienten oder Patienten, nach der therapeutischen Erfahrung, gegenüber, das vom momentanen Wollen abweichen kann.

Wie Krämer (1998, S. 93) selbst beklagt, sind seine Ausführungen bisher durch seine „Zunftgenossen“ (Krämer, 1998, S. 93) kaum diskutiert oder einer genaueren Kritik unterzogen worden.

3. 1. 5. Die Normativität von Kohlbergs Theorie

Bevor Kohlberg (1981) in seinem Buch "The philosophy of moral development – Moral stages and the idea of justice" einen normativen Anspruch erhebt sowie eine metaethische Position bezieht (Kohlberg, 1981, S. 172), stellt er klar, dass sein Postulat der Überlegenheit höherer Stufen kein System zur Beurteilung des moralischen Wertes eines Individuums postulieren soll (vgl. auch Kohlberg, 1995, S. 397), sondern die Angemessenheit einer moralischen Denkform über eine andere. Kohlbergs Meinung nach ist das Hauptkriterium für den Begriff Moral die Art des Urteils bzw. des Entscheidungsfindungsprozesses und nicht die Eigenart eines Verhaltens, einer Emotion oder eine soziale Institution. Er kategorisiert moralische Urteile und ihre korrespondierenden ethischen Theorien in drei Arten, von denen sich die erste seiner Auffassung nach deontologische mit Pflichten und Rechten befasst, die zweite teleologische mit ultimativen Zielen oder Zwecken und die dritte seiner Bezeichnung nach Theorie der Zustimmung ("theory of approbation", Kohlberg, 1981, S. 169) mit persönlichen Werten oder Tugenden. Er macht darauf aufmerksam, dass die sechste Stufe seines Systems eine deontologische Theorie der Moral sei, und somit sein Postulat über die Superiorität höherer Stufen eine Behauptung der Überlegenheit der auf Stufe sechs gefällten Urteile über Pflichten und Rechte (bzw. über Gerechtigkeit) über andere Urteilsstrukturen über Pflichten und Rechte sei. Weiter betont er, dass er keine Behauptungen über die ultimativen Ziele von Personen, über das gute Leben oder andere Probleme, die durch teleologische Theorien geklärt werden müssen, abgibt. Dies seien Probleme außerhalb der Reichweite der Moralität bzw. moralischer Prinzipien, welche er als Entscheidungsgrundsätze zur Lösung von Konflikten zwischen Pflichten definiert.

Im Weiteren erläutert er seine deontologische Auffassung, die starke Ähnlichkeit mit den Ausführungen Kants besitzt, und expliziert insbesondere "Like most deontological

moral philosophers since Kant, I define morality in terms of the formal character of a moral judgment, method, or point of view, rather than in terms of its content." (Kohlberg, 1981, S. 170). Für die Bewertung des formalen Charakters des moralischen Urteils postuliert er in Anlehnung an Hares (1952) universellen Präskriptivismus die zwei formalen Kriterien Präskriptivität und Universalität, die mit den zwei formalen Kriterien Differenzierung und Integration der Entwicklungstheorie korrespondieren sollen. Er distanziert sich insofern von Kant, als er konstatiert, sein metaethisches Konzept sei kein normativ ethisches Prinzip, um moralische Urteile zu fällen, da er der Auffassung ist, eine normative Ethik der Stufe sechs könne keine Theorie des Guten oder der Tugenden legitimieren, noch Regeln für Lob, Schuldzuschreibung und Strafe aufstellen, auch wenn dies gesellschaftlich von Nutzen oder sogar notwendig sein kann. Auch sieht sich Kohlberg nicht in der Lage, die Moral der sechsten Stufe mittels vormoralischer Gründe zu legitimieren.

3. 1. 6. Legitimation Kohlbergs ethischer Position mittels Kant

Kohlbergs normativer Anspruch in Bezug auf seine empirisch vorgefundene Stufenfolge lässt sich mittels der von Kant aufgestellten Postulate legitimieren. Nach Kant kann nur der Wille anhand seiner Maxime als gut oder schlecht bezeichnet werden. Kohlberg versucht mit seinem Verfahren gewissermaßen zu erheben, wie die Probanden ihre Maximen bilden. Seine Stufenfolge kann als Dimension von Maximenbildungskriterien angesehen werden, die von vollständig egozentrischen Kriterien zu vollständig universalistischen Kriterien reicht (ebenfalls nimmt auch die postulierte Präskriptivität zu). Die Universalisierbarkeit von Normen ist (laut Singer, 1975) das anerkannteste Kriterium der philosophischen Ethik und hat in Kants kategorischem Imperativ die bekannteste Formulierung erfahren (Montada, 2002).

Da Entscheidungen, Handlungen und deren Folgen keine eindeutigen Rückschlüsse auf die Maximen des Akteurs zulassen, sind sie keine geeigneten Indikatoren für seinen guten Willen und brauchen somit von Kohlberg nicht beachtet zu werden. Motive, Bedürfnisse, Triebe und andere Faktoren, die auf menschliches Verhalten Einfluss nehmen können, brauchen so lange nicht beachtet zu werden, solange sie sich direkt auf die Tätigkeit eines Menschen auswirken und nicht den Umweg über den Willen nehmen. Falls sie Einfluss auf den Willen haben (wodurch sie ihn heteronomisieren), müssen sie bewusstseinsfähig und damit auch gegebenenfalls mit Kohlbergs Verfahren erfassbar sein.

Folgerichtig würde das bedeuten, dass Entscheidungen und Handlungen entweder nicht auf ihren ethischen Wert hin beurteilbar sind, oder sie einzig und allein dadurch ethisch wertvoll werden, dass ihre Begründung auf einer höheren Stufe der moralischen Entwicklung stattfindet.

3. 1. 7. Zweckdienlichkeit von Kohlbergs ethischer Position zur Erfassung ethischer Kompetenz

Trotz dieser interessanten Legitimationsmöglichkeit von Kohlbergs ethischer Theorie ist zu kritisieren, ob sie zur Erfassung der ethischen Kompetenz zweckdienlich ist. Denn der Hauptvorteil, der sich aus der Messung der ethischen Kompetenz mittels des auf Kohlbergs Theorie fußenden Moral Judgment Interview (MJI – Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508) ergibt, ist eben diese Legitimationsmöglichkeit, die ohne vormoralische Kriterien auskommt. Dem gegenüber stehen die Nachteile, dass es mittels Kohlbergs Theorie und Test nicht möglich ist, Entscheidungen und Handlungen auf ihre ethische Qualität inhaltlich zu beurteilen, was allerdings, wie er selbst konstatiert, für Bemühungen in der Ethikausbildung und für soziale Kontrolle notwendig sein kann (Kohlberg, 1981, S. 172). Besonders bei der Messung der ethischen Kompetenz von Medizinerinnen und Psychologinnen, die hohe gesellschaftliche Verantwortung tragen, ist es aufgrund vormoralischer Kriterien sinnvoll, die ethische Angemessenheit von Entscheidungen zu berücksichtigen und sogar aus normativer Perspektive zu beurteilen.

Dadurch ließe sich die gesellschaftliche Relevanz des angestrebten Testinstruments erhöhen, da das Testergebnis für Probanden als Diskussionsgrundlage über ethische Probleme und Konzepte genutzt werden kann, um einen Konsens über ethisch angemessene Entscheidungen und Handlungen im Berufskontext zu finden und dadurch Patienten und Klienten die Verlässlichkeit zu geben, auch nach einem Arztwechsel nach vergleichbaren Maßstäben behandelt zu werden, und bei ihnen nicht der Eindruck erweckt wird, ethische Entscheidungen von Ärzten und Psychologinnen seien beliebig, universitäre Ethikausbildung folge einem moralischen Relativismus (vgl. Rippe, 2002) und diene lediglich dem Zweck, Berufsanfängerinnen zu ermöglichen, ihre ethisch relevanten Entscheidungen postdezipional bzw. postaktional zu legitimieren oder zu verteidigen.

Zusammenfassend ist es mit dem MJI zwar möglich, die ethische Angemessenheit der Begründung eines Probanden zu prognostizieren; wie ethisch angemessen er sich tatsächlich verhält bzw. verhalten wird, bleibt jedoch zwangsläufig offen. Daher wird hier die Entwicklung eines Instrumentes angestrebt, das die Entscheidungen mit berücksichtigt, um der zu messenden ethischen Kompetenz mehr empirische Relevanz zukommen zu lassen.

3. 1. 8. Notwendigkeit des Verzichts auf eine Letztbegründung

Prinzipiell ist zu konstatieren, dass bisher keine ethische Theorie ohne Kritik bzw. keine Legitimation einer ethischen Theorie unwidersprochen geblieben ist. In den seit Jahrtausenden geführten moralphilosophischen Diskussionen konnte bisher keine ethische Theorie einen Alleingültigkeitsanspruch behaupten. Auch ist in der Allgemeinbevölkerung ein Wertpluralismus beobachtbar, in dem Sinne, dass faktisch gesehen die angenommene Verbindlichkeit bestimmter Werte und Normen interindividuell stark divergiert – also ein Dissens darüber besteht, wonach wir unsere Handlungen ausrichten sollen. Anlässlich beider Feststellungen könnte man geneigt sein, einen moralischen Relativismus zu konzidieren und somit die konsensuelle Akzeptanz des Dissenses über die Beantwortung der moralischen Dimension der praktischen Frage als angemessen zu propagieren. Jedoch wäre dies ein Konsens über einen Dissens bezüglich etwas, von dem gemeinhin angenommen wird, dass es eines Konsenses bedarf (vgl. Haidt, 2006, S. 178). Es scheint daher vielmehr unabdingbar, wie auch schon in den Abschnitten 3. 1. 1. und 3. 1. 4. ausgeführt, sich vom Anspruch der Letztbegründung einer akzeptablen Theorie zu lösen und stattdessen diese nach den Kriterien der Anwendbarkeit, Akzeptanz und dem von Krämer (1995) genannten objektiven Konsens eines möglichst hohen Erwartungshorizontes auszuwählen. Im Folgenden wird dementsprechend exemplarisch die bereichsspezifische Ethik angerissen, die im Feld der Medizin den weitreichenden Einfluss gewonnen hat (vgl. Rauprich, 2005) und die mit Krämers (1995) integrativer Ethik vereinbar ist:

3. 1. 9. Der Prinzipalismus von Beauchamp und Childress

Kriterien der Angemessenheit: Beauchamp und Childress (1994, S. 3) beginnen zwar ihre Ausarbeitungen mit der einschränkenden Bemerkung, dass es unrealistisch sei

anzunehmen, eine Theorie könne jegliche Defizite überwinden und universelle Akzeptabilität erreichen, stellen allerdings folgende acht Kriterien auf, nach denen sie bemüht sind, die Angemessenheit ihrer Theorie zu optimieren:

1. Klarheit und Präzision vor allem in der Sprachverwendung,
2. Kohärenz in Form logischer Konsistenz und Widerspruchsfreiheit,
3. Vollständigkeit und Ausführlichkeit,
4. Sparsamkeit im Sinne von Ockhams Rasiermesser,
5. Nützlichkeit,
6. Legitimationskraft,
7. Fruchtbarkeit bezogen auf die verbesserte Urteilsfindung und
8. breite Anwendbarkeit.

Einbezogene ethische Theorien: Bei ihren Reflexionen bezüglich ihrer eigenen Theorie beziehen sie folgende ethische Theorien mit ein:

- Den Utilitarismus als konsequentialistische Theorie, an der sie kritisieren, dass sie amoralische Präferenzen in die Nützlichkeitsberechnung einbezieht, dass sie gelegentlich supererogatorische Handlungen vorschreibt und die Rechte von Minoritäten missachtet;
- die deontologische Theorie Kants, an der sie kritisieren, dass aus ihr gelegentlich kontradiktorische Pflichten erwachsen, sie Pflichten überbetont und zwischenmenschliche Beziehungen vernachlässigt, dass das Universalisierbarkeitskriterium des kategorischen Imperativs begrenzt ist, und die Theorie Kants zu abstrakt und ohne Inhalt ist;
- Tugendethiken, bezüglich derer sie die kritische Auffassung äußern, dass sie in der Beziehung zu Fremden nicht greifen und dass die Tugendhaftigkeit eines Menschen nicht für die moralische Akzeptabilität seiner Handlungen bürgt;
- den liberalen Individualismus als Rechte basierte Theorie, an der sie die begrenzte Legitimierbarkeit beanstanden, zudem kritisieren sie an diesem, dass häufig nicht die Begründung des Rechtsanspruchs, sondern der Rechtsausübung im Vordergrund steht, dass die Existenz von Kollektivgütern negiert wird und die Formulierung von Rechten häufig unnötig konfliktbetonend ist;
- den Kommunitarismus, deren Vertreter atomistische Theorien – der Auffassung von Beauchamp und Childress (1994. S. 83) nach – als übermäßig individualistisch darstellen, fälschlicherweise einen Antagonismus zwischen den Zielen der

- Gemeinschaft und der Autonomie des Individuums sehen und (über-)positive Rechte negieren;
- die "Ethics of Care" als beziehungsbezogenen Ansatz, die sie als unterentwickelte Theorie in Bezug auf die Kriterien Vollständigkeit, Nützlichkeit und Legitimationskraft bezeichnen, zudem unterschätzt der Ansatz ihrer Meinung nach Gerechtigkeit, Unparteilichkeit, Rechte und Pflichten, zudem schreiben sie dem Ansatz aufgrund seiner Kontextbezogenheit hauptsächlich Relevanz für dyadisches Rollenverhalten zu, allerdings nicht für das Verhalten innerhalb von Gruppen;
 - die Kasuistik als fallbezogene Argumentation, an der sie kritisieren, dass die interpretative Varianz bei konkreten Fällen und die Möglichkeit von konkurrierenden Analogien häufig unterschätzt wird, dass die Legitimation der in der Kasuistik getroffenen Urteile problematisch ist und dass das Verhältnis der Kasuistik zu Prinzipien problematisch ist;
 - die prinzipienbasierten "common-morality" Theorien, denen in ihrer Theorie eine besondere Rolle zukommt, da sie auf einer Synthese der prinzipienbasierten "common-morality" Theorien mit dem Kohärenzmodell der Legitimation basiert, auf welche im weiteren Verlauf vertiefend eingegangen werden soll.

Unabhängig von ihrer Kritik finden Beauchamp und Childress (1994) an jeder aufgeführten Ethik Positives für die Ausarbeitung ihrer eigenen ethischen Theorie. In der fünften Ausgabe ihres Werkes (2001) lassen Beauchamp und Childress (1994) die Beschreibung des Bezugs ihrer Theorie zum großen Spektrum der bestehenden Moralthorien wegfallen, um einen stärkeren Bezug zur Tugendethik herzustellen.

Prinzipienbasierte "common-morality" Theorien: Konform zu Beauchamp und Childress (1994) beziehen die "common-morality" Theorien ihre Prämissen aus Traditionen sowie dem gesunden Menschenverstand (vgl. auch Beauchamp, 2005, S. 52), implizieren damit von allen moralisch seriösen Menschen sowie unabhängig von Raum und Zeit geteilte Normen und sind daher, falls diese moralisch seriösen Menschen in der Überzahl sind, mit dem von Krämer (1995) konstatierten Überkonsens der Menschengattung vergleichbar. Die prinzipienbasierten Theorien beruhen nach der Definition von Beauchamp und Childress (1994) zwar wie die deontologische Theorie Kants und der Utilitarismus auf Pflichten, sind allerdings nicht monistisch, sondern pluralistisch, weshalb ihre inkommensurablen Prinzipien keine absolute Gültigkeit beanspruchen können, sondern in der Praxis gegeneinander abgewogen werden müssen

und daher Prima-facie-Prinzipien genannt werden. Zudem beruhen sie auf gemeinhin geteilten moralischen Überzeugungen, die Beauchamp und Childress (1994) als Falsifikationskriterium für die Angemessenheit moralischer Theorien dienen, falls Letztere nicht ins Überlegungsgleichgewicht mit ihnen gebracht werden können, worin eine Analogie zu Krämers (1995) Ausführungen gesehen werden kann. Beauchamp und Childress (1994) behaupten, dass sie aus ihrer prinzipienbasierten "common-morality" Theorie – als Synthese aus den "common-morality" Theorien und den prinzipienbasierten Theorien – Prinzipien mittlerer Reichweite ableiten, deren Prima-facie-Gültigkeit nicht nur von den Verfechtern der unterschiedlichen, tradierten Moraltheorien anerkannt werden kann, sondern die darüber hinaus als Bestandteile der "common-morality" von allen moralisch seriösen Menschen an allen Orten und zu jeglicher Zeit Akzeptanz finden. Diese Prinzipien bestehen aus (1) dem Respekt vor der Autonomie anderer Personen, (2) der Schadensvermeidung oder Nichtschadensgebot, (3) dem Wohltun bzw. der Pflicht zur Hilfeleistung und (4) der Gerechtigkeit. Zur Rechtfertigung dieser vier Prinzipien bemühen sich Beauchamp und Childress (1994) nicht um eine Letztbegründung, sondern um ihre Plausibilität und Kohärenz im Gesamtzusammenhang des dialektischen (da induktives und deduktives Vorgehen inkludierenden) Überlegungsgleichgewichtes im Sinne von Rawls (1979; vgl. auch Rauprich, 2005; Charbonnier, 2005; Clausen, 2005; Daniels, 2005). Ergänzend zu diesen Prinzipien nennen Beauchamp und Childress (1994) Kriterien zur Klärung und Interpretation, zur Erhöhung der Konsistenz sowie zur Spezifikation und Gewichtung um ihre Anwendung auf alltägliche, lebensnahe Probleme zu ermöglichen. Die Gewichtung der Prinzipien ist ihrer Auffassung nach insbesondere in konkreten Einzelfällen erforderlich, ihre Spezifikation vornehmlich bei der Konstruktion von Richtlinien und dergleichen. Da konform zu Beauchamp und Childress (1994) ein absolutes Überlegungsgleichgewicht nie möglich ist, müssen die Prinzipien fortdauernd in dem genannten zirkulären, dialektischen Prozess anhand unserer praktischen Erfahrungen und den daraus resultierenden Alltagsüberzeugungen überarbeitet werden, um ihre maximal mögliche Akzeptanz sicherzustellen, wodurch sich auch die Notwendigkeit zu ihrer Legitimierung reduziert.

Autonomie: Das erste von Beauchamp und Childress (1994) genannte Prinzip "autonomy" soll die Förderung der Autonomie des Patienten, und den Respekt des Mediziners vor ihr sicher stellen sowie dem medizinischen Paternalismus vorbeugen. Dazu gehört nicht nur das Verbot, manipulativ oder gar durch Zwang die Entscheidung

prinzipiell entscheidungsfähiger Personen zu beeinflussen, ihre Entscheidungen zu ignorieren oder zu behindern, sondern überdies das Gebot, die Entscheidungsfähigkeit des Patienten und somit seine selbstbestimmten Entscheidungen zu fördern. Zentrales Element der Entscheidungsfähigkeit ist die umfassende Aufklärung des Patienten in den entscheidungsrelevanten Aspekten der Behandlungsbedürftigkeit und -möglichkeiten, aus welcher der "informed consent", also die aufgeklärte Zustimmung resultieren kann. Auch wenn der Respekt vor der Autonomie von Beauchamp und Childress (1994) als erstes Prinzip genannt wird, besitzt dieses keine Priorität, sondern kann im Konfliktfall von jedem anderen Prinzip außer Kraft gesetzt werden. Beauchamp und Childress (1994) spezifizieren die von ihnen genannten Prinzipien bis ins Detail, was für die konkrete Anwendung mit Sicherheit hilfreich ist, hier allerdings nicht reproduziert werden soll.

Schadensvermeidung: Das zweite Prinzip "nonmaleficence" welches sich mit Schadensvermeidung übersetzen lässt, beinhaltet selbsterklärend das Verbot, anderen Personen zu schaden. Augenscheinlich trivial, steht es allerdings gelegentlich im Konflikt mit dem ersten Prinzip, dem Respekt vor der Autonomie des Patienten. Zudem ist eine salutogenetisch förderliche Behandlung, welche durch das dritte Prinzip „Wohltun“ und Hilfeleitung gefordert wird, oft nur unter Inkaufnahme von Nebenwirkungen möglich, was einen Konflikt des Prinzips der Schadensvermeidung mit dem dritten darstellt. Dadurch legitimieren Beauchamp und Childress (1994) auch die Diskriminierung dieser beiden Prinzipien, denn grundsätzlich lässt sich zwar konform zum Prinzip der Schadensvermeidung zumindest jegliche aktive Verursachung von Schaden vermeiden, jedoch kann nicht in jedem Fall dem dritten Prinzip entsprochen werden.

Wohltun: Denn das dritte Prinzip "beneficence", also auf Deutsch Fürsorge oder Wohltun, stellt die positive Verpflichtung dar, das Wohl von anderen Personen zu fördern, von Schaden restitativ abzuwenden oder ihn präventiv abzuwenden. Zwar fordert dieses Prinzip analog zu Beauchamp und Childress (1994) keine supererogatorischen Handlungen, allerdings postulieren sie – genauso wie Krämer (1995) – einen mit der sozialen Nähe zunehmenden Verwirklichungsdruck der Erwartungen Anderer, welche u. a. von bestimmten sozialen Rollen beeinflusst sind. Da diesem Prinzip zufolge die Handlung auszuwählen ist, die das zu erwartende Wohl maximiert, ähnelt es dem utilitaristischen Prinzip. Im Gegensatz zu "nonmaleficence" stellt "beneficence" kein Gebot zur Passivität, sondern verlangt Aktivität.

Gerechtigkeit: Das vierte Prinzip "justice" fordert vor allem distributive Gerechtigkeit in Bezug auf Gesundheitsleistungen, allerdings ebenfalls bezüglich bestimmter Pflichten, und betrifft damit einen größeren Personenkreis als die übrigen Prinzipien, deren Gültigkeit weitgehend auf die Arzt-Patienten Dyade begrenzt ist. Um distributive Gerechtigkeit sicherzustellen, rekurrieren Beauchamp und Childress (1994) auf eine heterogene Gruppe unterschiedlicher Prinzipien, unter anderem nennen sie das Gleichheitsprinzip, Bedürftigkeitsprinzip, Leistungsprinzip, Verdienstprinzip und das Beitragsprinzip. Die Gewichtung dieser Gerechtigkeitsprinzipien machen Beauchamp und Childress (1994) vom Kontext abhängig, was Schmitt (1993) auch aus deskriptiver als gängige Praxis konstatiert hat. Zudem nennen sie Kriterien der prozeduralen Gerechtigkeit wie den Austausch auf dem freien Markt, Wartelisten oder den Losentscheid. Im Verlauf ihrer Ausarbeitungen stellen Beauchamp und Childress (1994) den Bezug ihres Prinzips zum Utilitarismus, Libertarismus, Egalitarismus und Kommunitarismus her.

Kritik: In ihrer Kritik der Prinzipienethik konstatieren Clouser und Gert (2005): „Die Prinzipienethik ist verfehlt in Hinblick auf das Wesen der Moral und irreführend bezüglich der Fundierung der Ethik.“ (S. 89). Zudem postulieren sie, „dass so verstandene >>Prinzipien<< nicht in der Weise funktionieren können, wie es von denjenigen behauptet wird, die vorgeben, sie anzuwenden.“ (S. 89). Ihrer Auffassung nach sind die von Beauchamp und Childress aufgestellten Prinzipien keine sichere Grundlage für moralische Handlungen, da sich die Prinzipien widersprechen und die Ausarbeitungen nicht mehr als oberflächlich zusammenhängende, zu bedenkende Vorschläge seien. Sie halten etwas für notwendig, „das uns in konsistenter und allgemeingültiger Weise sagt, was wirklich angemessen ist.“ (S. 99).

Prinzipiell ist Clouser und Gert (2005) in der Hinsicht Recht zu geben, dass zwar konsistentere, allerdings in der Anwendung nicht minder problematische Moraltheorien bestehen als der Prinzipialismus von Beauchamp und Childress (1994). Es existieren der Auffassung des Autors entsprechend, um zwei Beispiele zu nennen, sowohl deontologische als auch utilitaristische Theorien, die konsistenter im Sinne einer zusammenhängenden, reflexiv fortschreitenden Argumentationslogik sind. Bei der konkreten Anwendung sind allerdings bei beiden Theoriegruppen Inkommensurabilitäten zu erwarten, die in der Regel nicht von den Theorien erörtert werden. Aus den deontologischen Theorien erwachsen bezüglich bestimmter moralischer Problemstellungen kontradiktorische Pflichten. Hinsichtlich der utilitaristischen Theorien ist ungeklärt, wie der Anwender die

Inkommensurabilität der Nutzen unterschiedlicher Individuen handhaben soll. Da m. E. solche Inkommensurabilitäten zwangsläufig bei jeder ethischen Theorie zu erwarten sind, können sie Beauchamp und Childress (1994) nicht vorgeworfen werden. Im Gegenteil – ihre Praxis, die zu erwartenden Inkommensurabilitäten in die Theorie einzubeziehen und zu erörtern, auch wenn keine Lösung angeboten werden kann, und nicht durch Ignoranz dieses Problems vorzutäuschen, es gelöst zu haben, scheint nur fair. Entsprechend scheint – auch angesichts des faktischen Theorienpluralismus – die integrierende Formulierung nichthierarchischer Prinzipien mittlerer Reichweite vorläufiger Gültigkeit nur sinnvoll.

Als weiteres kritisieren Clouser und Gert (2005) an der Theorie von Beauchamp und Childress, ihr mangle es an moralischer Fundierung, woraus die unsystematische und inkohärente Konstruktion ihrer Prinzipien ohne schlüssige Ordnung resultiere. Jedoch begründen Beauchamp und Childress (1994) ihren Verzicht auf eine moralische Fundierung ausführlich und wiederholt, zudem ist sie, folgt man Krämer (1995), je nachdem, was für eine moralische Fundierung Clouser und Gerts (2005) anstreben, entweder nicht möglich oder ist beispielsweise mit Krämers Ausarbeitungen bereits erfolgt. Denn das Bestreben von Beauchamp und Childress (1994), Prinzipien zu konstruieren, die einen möglichst weitreichenden, von Zeit und Ort unabhängigen Konsens erzielen und trotzdem Gegenstand ständiger Revision bleiben, kann als Versuch angesehen werden, die sich aus dem „Überkonsens der Epoche“ (Krämer, 1995, S. 38) ergebenden Sollensüberhänge zu elaborieren. Schließt man sich Krämers (1995) Auffassung an, moralisches Sollen ergäbe sich aus dem Wollen der Anderen, muss man zwangsläufig auch seine zumindest mögliche Heteronomie und zudem die Unmöglichkeit einräumen, moralisches Sollen aus einer einheitlichen Moraltheorie deduzieren zu können. Reiter-Theil & Fahr (2005a) konstatieren, dass die Prinzipien von Beauchamp und Childress auch Eingang in die Psychologie gefunden haben (vgl. auch Eich & Reiter-Theil, 2002; Rüger, 2003). Lindsay, Koene, Øvreeide und Lang haben 2008 einen Ansatz mit ebenfalls vier Prinzipien publiziert, der allerdings nicht als eigenständige Theorie bezeichnet werden kann, da er sich aus Erläuterungen zum Meta-Code of Ethics der European Federation of Psychologists' Associations konstituiert.

3. 1. 10. Resümee: Ethische Position

Zusammenfassend ist die hier vertretene ethische Position vornehmlich durch die Annahme gekennzeichnet, dass die Forderung, moralisch zu handeln, nicht allgemeingültig

legitimiert werden kann. Als Weiteres wird postuliert, dass das Wollen der Mitmenschen das einzige Kriterium ist, anhand dessen es dem Sich-moralisch-gefordert-Fühlenden möglich ist, moralisches Sollen abzuleiten.

Es ist sicherlich zweckmäßig, wie Düwell, Hübenthal und Werner (2002) konstatieren, durch die Klassifizierung einer vertretenen ethische Position anhand der gängigen metaethischen Unterscheidungen, Orientierung im moralphilosophischen Diskurs zu schaffen. Ihnen nach ist die Differenzierung zwischen Kognitivismus und Nonkognitivismus eine der gängigsten metaethischen Unterscheidungen (vgl. Abschnitt 2. 9. 2.). Allerdings fällt die metaethische Verortung der hier vertretenen ethischen Position gegenüber den groben Kategorien Kognitivismus und Nonkognitivismus, wie schon angedeutet, schwer (vgl. Abschnitt 3. 1. 4).

Da das Wollen des fordernden Individuums nicht zwangsläufig identisch mit dem moralischen Sollen ist, welches der Sich-moralisch-gefordert-Fühlende aus dem Erwartungshorizont ableitet, der sich eben aus dem Wollen möglichst vieler Individuen konstituiert, und somit das fordernde Individuum nicht zwangsläufig Kenntnis über das moralische Sollen hat, kann aus epistemologischer Perspektive von der Seite der Fordernden her, also derjenigen Wollenden, die den entsprechenden Erwartungshorizont konstituieren, diese Position (auch konform zu Krämer, 1995, S. 57) als non-kognitivistisch betrachtet werden. Da die vom Fordernden artikulierte Präskription (beispielsweise in der Form: „Du sollst XY tun!“) vornehmlich sein persönliches Wollen ausdrückt, sich in Krämers (1995) Diktion aus einer zunächst emotiven, dann volitiven und erst abschließend zu seiner präskriptiven Form entwickelt, könnte für die Seite der Fordernden aus sprachphilosophischer Perspektiv sogar ein Emotivismus angenommen werden (vgl. Scarano, 2002). Zudem ist das das moralische Sollen konstituierende Wollen rein subjektiven Ursprungs, wodurch ihm kein Ansichsein zugesprochen werden kann und daher aus ontologischer Perspektive für die Seite der Fordernden ein Antirealismus konzediert werden muss (vgl. Scarano, 2002).

Hingegen kann von der Seite des moralisch Geforderten die Erwartungshaltung seiner Mitmenschen, unabhängig davon, ob er sie erfasst und aus ihr ein moralisches Sollen ableitet, durchaus als empirisches Faktum angesehen werden, was aus ontologischer Perspektive für eine realistische Position spricht (vgl. Schischkoff, 1991). Zudem ist das moralische Sollen nicht nur intuitiv erfassbar (vgl. Krämer, 1995, S. 57) sondern erscheint zudem zu einem gewissen Maß objektivierbar, wodurch aus epistemologischer Perspektive

zumindest von einer schwach kognitivistischen Position gesprochen werden kann (vgl. Morscher, 2002).

Genauso wie die Zuordnung der hier vertretenen ethischen Position zur den Kategorien Kognitivismus und Nonkognitivismus schwer fällt, kann sie auch den metaethischen Kategorien Universalismus und Partikularismus (vgl. Düwell, Hübenthal & Werner, 2002) kaum klar zugeordnet werden. Durch die Berücksichtigung hierarchisch unterschiedlicher Erwartungshorizonte kann die hier vertretene ethische Position eher als Integrationsversuch der beiden Konzeptionen verstanden werden.

Bezüglich der validen Feststellung eines möglichst hierarchisch hohen Erwartungshorizontes werden hier prinzipiell unterschiedliche Methoden für möglich gehalten. Eine ist das von Beauchamp und Childress (1994) beschriebene Verfahren des Überlegungsgleichgewichts mit den aus ihm resultierenden vier Prinzipien mittlerer Reichweite (vgl. Abschnitt 3. 1. 9.) als Ausgangslage zur Ermittlung des moralischen Sollens. Grundsätzlich wäre auch eine konsequentialistische, teleologische oder beispielsweise eine deontologische Herangehensweise möglich, wenn davon auszugehen ist, dass sie im konkreten Fall das moralische Sollen bestmöglich zugänglich macht – die Festlegung auf eine ausschließlich utilitaristische oder deontologische Position wird hier allerdings als unzureichend zurückgewiesen. Damit scheint die hier eingenommene ethische Position im Generellen ausgearbeitet zu sein, sich im speziellen Anwendungsfall jedoch noch beweisen zu müssen. Ethische Kompetenz wird somit, die Ausarbeitungen im Abschnitt 2. 6. konkretisierend, als die Fähigkeit angesehen, moralische Urteile zu fällen, die einem möglichst hohen Erwartungshorizont (Krämer, 1995) der Mitmenschen entsprechen, unabhängig von der Güte der Urteilsbegründung.

3. 2. Psychologische Theorien

Es ist mehr Vernunft in deinem Leibe, als in deiner besten Weisheit. Und wer weiss denn, wozu dein Leib gerade deine beste Weisheit nöthig hat?
(Nietzsche, 1907, S. 43)

Im vorausgehenden Kapitel 3. 1. wurde dargelegt, in wie weit die ethische Voraussetzung der Testerstellung, die Begründbarkeit moralischer Forderungen und die Bewertung ihrer Gültigkeit anhand eines Kriteriums, realisierbar ist. In diesem Kapitel bleibt daher zu klären, welche psychologischen Prämissen für die erfolgreiche Testkonstruktion zutreffen müssen und wie sie überprüft werden können. Daher soll zunächst das Unterfangen aus pragmatischer Perspektive betrachtet werden, um Kriterien zur Evaluation des Erfolges zu generieren. Daraufhin sollen die psychologischen Theorien erörtert werden, die für die Voraussetzungsprüfung der Testkonstruktion notwendig sind. Anschließend werden bestehende Tests mit ethischer Thematik kurz aufgelistet und beschrieben. Insbesondere werden die zur Abschätzung der moralischen Entwicklung Heranwachsender konzipierten, allerdings auch gelegentlich zur ethischen Kompetenzabschätzung herangezogenen Tests von Kohlberg ("Moral Judgment Interview", Kohlberg, 1995, S. 495-508), Rest ("Defining Issues Test", Rest, 1979, S. 289-296) und Lind („Moralisches Urteil-Test“, Lind, 1978, S. 200-201, 1985b, S. 77-80) dargestellt und kritisiert. Abschließend werden die psychologischen Theorien zueinander in Beziehung gesetzt und die verbleibenden Unklarheiten als Forschungsfragen operationalisiert.

3. 2. 1. Ziel des Forschungsvorhabens aus pragmatischer Perspektive

Höhere gesellschaftliche Bedeutung: Insbesondere, wenn man wie Luhmann (2008) Moral, Ethik, Normen und das Sollen funktional konzeptualisiert, dürfte gerade auch im Gesundheitswesen und beim Umgang mit hilfebedürftigen Menschen die ethische Entscheidung eine höhere gesellschaftliche Bedeutung haben als deren (theoretisch tiefgehende) Rechtfertigung, denn die Entscheidung und die auf ihr fußende Handlung birgt wesentlich höheres Konfliktpotenzial als die Begründung, die eben nur dann abgefragt wird, wenn ein Betroffener mit der Handlung nicht einverstanden ist. Funktional ist daher, wenn der Entscheidende eine Handlung wählt bzw. wählen kann, die mit dem

Erwartungshorizont möglichst vieler Personen konvergiert und so erst gar keine Begründungsnotwendigkeit entstehen lässt (vgl. Luhmann, 2008, S. 32). (Die Normativität von Erwartungshorizonten wurde bereits im vorausgehenden Kapitel 3. 1. erörtert.) Diese Funktionalität der Ethik entfällt in jedem Fall, falls man die Entscheidungsrichtung aufgrund der Auffassung, dass die Moralität einer Entscheidung lediglich anhand der Begründung beurteilbar ist und daher die Entscheidung an sich keine Aussage über ihre Moralität zulässt, unberücksichtigt lässt. In dem Fall wäre es für den Entscheidenden lediglich wichtig, seine Entscheidung gut begründen zu können. Es ist allerdings möglich, dass seine (gut begründete) Entscheidung dem Willen der meisten anderen Menschen entgegenläuft wie beispielsweise die Entscheidung des Mediziners, der einem Patienten in der terminalen Phase einer qualvollen Krebserkrankung die passive Sterbehilfe mit dem Verweis auf Kants Imperativ in der Form des Menschen als Selbstzweck verweigert, was selbst ein Kantverfechter wie Steinmann (2005, S. 142-143) als zynisch bezeichnen würde. Für die Betroffenen ist daher die Entscheidung von wesentlich ausschlaggebenderer Relevanz als die Begründung. Aus diesem Grund wurde angestrebt, ein Testinstrument zu erstellen, das vornehmlich diese Entscheidung erhebt und das insbesondere auf die berufsethischen Kompetenzen von Mediziner*innen, Psycholog*innen und eventuell anderen Berufsangehörigen des Gesundheitswesens zugeschnitten ist.

Nützlichkeit des Instrumentes: Das angestrebte Testinstrument wäre sowohl in der Praxis als auch in der Forschung hilfreich. In der Praxis wäre beispielsweise der Schulungsbedarf von Probanden oder die Notwendigkeit zu präventiver Ausbildungsmodifikation feststellbar. Genauso könnte die Vermittlung von Ethik im Medizin- oder Psychologiestudium evaluiert werden. Eventuell wäre es sogar möglich, Entscheidungen von Probanden in bestimmten Situationen bis zu einem gewissen Grad vorherzusagen. In der Forschung ermöglichte dieses Instrument, deskriptive Aussagen über die Verteilung der berufsethischen Kompetenz zu treffen; in Kombination mit weiteren Fragen oder Instrumenten wären Untersuchungen zu Korrelaten zur berufsethischen Kompetenz möglich wie beispielsweise Zusammenhänge der berufsethischen Kompetenz mit der Arbeitszufriedenheit. Zudem könnten Voraussetzungen für die Vermittlung von Ethik eruiert werden, beispielsweise, ob die Einstellung zur Ethik Einfluss auf die Effizienz der Aneignung von berufsethischer Kompetenz hat.

Begrenzung auf Mediziner und Psychologen: Sicherlich wäre ein Testinstrument hilfreich, das generelle ethische Kompetenz zu messen vermag. Allerdings ist anzunehmen, dass die Validität des Testinstruments durch seine Adaption an den speziellen berufsspezifischen Anwendungsbereich erhöht wird. Die besondere und offensichtliche Notwendigkeit zu ethisch korrektem Verhalten von Medizinern und Psychologen lässt die Begrenzung der Eignung des Tests auf diese legitim erscheinen, wobei die Überschneidungsbereiche beider Berufsfelder ermöglichen, einen gemeinsamen Test zu konstruieren, die ethischen Entscheidungen und Kompetenzen von Medizinern und Psychologen zu vergleichen und damit einen Hinweis auf die potentielle Wirksamkeit berufsethischer Schulung von Medizinern zu erhalten und die Notwendigkeit derselben bei Psychologen festzustellen.

Pragmatische Kriterien für den Erfolg der Testkonstruktion: Damit stehen die Eigenschaften des angestrebten Tests fest: Unter Einbezug der Entscheidung soll der Test die ethischen Kompetenzen von Medizinern und Psychologen bestimmen können. Daraus lassen sich Bedingungen ableiten, die der Test erfüllen muss, um seiner Aufgabe gerecht zu werden.

- 1.) Zunächst darf die Bearbeitungsdauer nicht zu lang sein (an Augenscheinvalidität sollte es dem Test ebenfalls nicht mangeln, zudem sollte der Test interessant sein und dem Probanden eventuell neue Erkenntnisse über sein Selbst ermöglichen), da ansonsten die Zumutbarkeit sinken und die Abbruchrate zu hoch würde. Als maximale Bearbeitungsdauer, die freiwilligen Probanden zugemutet werden kann, werden 40 Minuten angenommen. Bei einer Lesegeschwindigkeit von 200 Wörtern pro Minute, die nach Hunziker (2006) für über 18-jährige Probanden recht langsam wäre, dürfte der Test somit maximal 5000 Wörter beinhalten, wenn den Probanden zudem eine Viertelstunde Zeit zum Reflektieren zugestanden wird. Eine Rücklaufquote von 20 Prozent wird als gut angesehen, da die Probanden zur anonymen Teilnahme und ohne Gratifikationen akquiriert wurden (vgl. Summers & Price, 1997; Everett, Price, Bedell & Telljohann, 1997; Hopkins, Hopkins & Schon, 1988; Batinic & Moser, 2005; Groves, Price, Olsson & King, 1997).
- 2.) Zudem darf der kognitive Aufwand für die Bearbeitung des Testinstruments nicht zu hoch sein, so sollte beispielsweise nicht häufig zwischen Perspektiven alterniert werden, da sonst ebenfalls eine erhöhte Abbruchrate wahrscheinlich ist.

- 3.) Für eine ausreichende prognostische Validität des Testinstrumentes wäre es notwendig, dass die Prädiktoren, die zur Prognose herangezogen werden sollen, mindestens 20 Prozent der Varianz des Kriteriums aufklären, da ansonsten eine Kompetenzbeurteilung nicht vertretbar bzw. von den Probanden anfechtbar wäre.
- 4.) Als Weiteres sollten die Prädiktoren zur Entscheidungsprognose mit den normativen Faktoren zur Beurteilung der Entscheidung korrelieren, da andernfalls zwar bestimmte Entscheidungen prognostiziert werden könnten, die auch aus ethischer Perspektive bewertet werden könnten, allerdings wäre es nicht möglich, eine generalisierende Aussage über die ethische Angemessenheit der zukünftigen Entscheidungen eines Probanden zu treffen. Weitere Ausführungen zu diesem Problem folgen im nächsten Kapitel.

3. 2. 2. Voraussetzungen und Probleme der Testkonstruktion

Da mit dem angestrebten Testinstrument u. a. das Verhalten von Probanden außerhalb der Testsituationen prognostiziert werden soll, ist die Identifikation einer oder mehrerer Einflussgrößen, die intra- sowie interpersonelle Verhaltensvarianz in und außerhalb der Testsituation aufklären, sowie ihre reliable Messung notwendig. In der Regel wird bei der Entwicklung psychologischer Testinstrumente ein psychologisches Konstrukt postuliert bzw. eine latente Variable, die zum einen auf alle manifesten im Test gemessenen Variablen mehr oder weniger Einfluss nimmt und dadurch erschließbar wird, zudem sich auch in Situationen außerhalb der Testsituation auswirkt und somit als Prädiktor herangezogen werden kann. Da das zu erstellende Testinstrument die Angemessenheit berufsethischer Entscheidungen erfassen soll, liegt es nahe, eine latente Variable wie berufsethische Kompetenzen zu postulieren, was allerdings mit der Schwierigkeit behaftet ist, dass die ethische Angemessenheit von im Berufsleben getroffenen Entscheidungen ein externes Kriterium aus der normativen Ethik ist. Es ist also ungewiss, ob hinter berufsethischer Kompetenz, deren Attribut durch die normative Ethik definiert wird, ein einheitliches, psychologisches, empirisch messbares Konstrukt steckt. Denkbar ist, dass sich Personen in bestimmten Situationen konsistent ethisch angemessen entscheiden, in anderen Situationen allerdings konsistent ethisch unangemessen – selbst dann, wenn sie sich ethisch angemessen verhalten wollen. Dies implizierte, dass das externe Kriterium der ethischen Angemessenheit nicht mit den Faktoren korreliert, die die Entscheidungen der Personen determinieren. Primordiale Intention bei der Testkonstruktion muss daher sein,

eine oder mehrere Determinanten von Entscheidungen zu finden, die mit der normativen Bewertung der Entscheidung korrelieren. Wie schon erläutert, hat Kohlberg dieses Problem zwar sehr elegant gelöst, nimmt durch seine Lösung m. E. allerdings, wie schon ausgeführt (vgl. 3. 1. 7.), Einbußen der Aussagekraft seines Tests in Kauf.

Falls sich solche Entscheidungsdeterminanten identifizieren lassen, wären bei der Prognose des Entscheidungsverhaltens von Probanden in bestimmten Situationen nicht nur die konstitutiven und potenziell verhaltensbeeinflussenden Merkmale der Situationen bekannt, die lediglich zur Prognose intersituativer Verhaltensvarianz herangezogen werden können, sondern zudem Faktoren, die die interpersonelle Varianz in einer bestimmten Situation vorhersagen können sollten, deren differenzialprognostisches Potenzial allerdings von der genauen Kenntnis ihrer Wechselbeziehung mit den Situationsmerkmalen abhängt. Um die Anwendbarkeit der Testergebnisse auf testexterne Situationen und somit auch die externe Validität des Instrumentes zu erhöhen, ist es notwendig, den Test so zu konzipieren, dass die Interaktion zwischen potentiellen, individuellen Entscheidungsdeterminanten und Merkmalen beruflicher Situationen möglichst genau bestimmt werden kann, indem die Reaktion der Probanden auf die Präsentation weitestgehend berufsalltagsnaher Situationen aufgezeichnet werden. Das würde auch die Anwendbarkeit des Tests zur konkreten Prognose von Entscheidungen in testexternen Situationen ermöglichen, zu der lediglich die Situationsmerkmale und Testergebnisse des Probanden zur Verfügung stehen.

3. 2. 3. Welche Einflüsse sollen erfasst werden?

Intrapersonelle Faktoren: Präferieren verschiedene Individuen nach gleicher Informationspräsentation konsistent unterschiedliche Handlungen, so sind dafür zwangsläufig intrapersonelle Faktoren ursächlich, die sich auf die Situationsperzeption, -interpretation und schlussendlich die Handlungsauswahl auswirken (Heckhausen, 1980; Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005). In der psychologischen Fachliteratur wird unter anderem zwischen Trieben, Bedürfnissen, Motiven, persönlichen Werten, Persönlichkeitseigenschaften und Intuitionen als psychologische Konstrukte zur Erklärung der ipsativen Konstanz im Verhalten und ihrer Vorhersage differenziert (Heckhausen, 1980; Rheinberg, 2002; Jungermann, Pfister, & Fischer, 2005; Roccas, Lilach, Schwartz & Knafo, 2002; Rest, 1979, 1983, 1994; Schwartz, 1996; Greene & Haidt, 2002; Haidt, 2007; Baron, 1995; Hauser, Cushman, Young, Jin & Mikhail, 2007).

Datenerhebungsverfahren: Zur Erfassung dieser psychologischen Konstrukte werden prinzipiell unterschiedliche Methoden verwendet. Zu dem hier angestrebten Ziel müssen Auskünfte über Selbst- und Fremdbeobachtungen bereits aus Mangel an Vergleichbarkeit der erlebten und berichteten Erlebnisse ausgeschlossen werden. Verhaltensbeobachtungen in einer experimentellen Situation sowie Feldstudien können schon aus ökonomischen Gründen nicht durchgeführt werden. Fremdbefragungen über vermutetes Verhalten in einer konkreten fiktiven Situation stellen ebenfalls kein probates Mittel dar, da die Auswahl der Befragten von den Personen, deren ethische Kompetenz erfasst werden soll, beanstandet werden könnte. Was bleibt, sind Selbstauskünfte über vermutete Entscheidungen in konkreten fiktiven Situationen und deren Begründung. Die Selbstauskünfte allein zur vermuteten Entscheidung würden die Permutation möglicher Einflussfaktoren in unterschiedlichen, fiktiven Situationen notwendig machen, um auf die psychologischen Konstrukte schließen zu können, was aus ökonomischen Gründen gleichfalls abzulehnen ist. Daher scheint es notwendig, zusätzlich zu den Selbstauskünften über fiktive Entscheidungen ihre Begründungen oder vergleichbare Aussagen zu erheben.

Werte als positiv bewertete Faktoren: Es ist zu erwarten, dass in einer postdeziptionalen Begründung der Handlungspräferenz lediglich bewusstseinsfähige und vom Entscheidungssubjekt als positiv bewertete Faktoren vollständig expliziert werden. Im Gegensatz zu Bedürfnissen, Motiven, Einstellungen, Emotionen und Intuitionen, die zwar transsituational sowie ipsativ bedingt konsistent sind, auf die jedoch die Attribute „bewusstseinsfähig“ und „positiv valenziert“ nicht zwangsläufig zutreffen, sind Werte bzw. Werthaltungen inhärent positiv bewertet und werden zumindest in der Regel als bewusstseinsfähig angenommen (vgl. auch Schwartz, 1992; Roccas, Lilach, Schwartz & Knafo, 2002; Abschnitt 2. 3.). Dementsprechend sollte der Effekt der Werthaltungen, die die Situationsbeurteilung und die Handlungspräferenz beeinflussen, erhebbar sein, falls dieser tatsächlich bewusstseinsfähig ist. Lediglich dann, wenn diese Werthaltungen (als u. a. positiv bewertete und bewusstseinsfähige Faktoren) ausreichend Einfluss auf die Handlungspräferenz nehmen, was konform zu Hogan und Dickstein (1972) zu erwarten wäre, können testexterne Entscheidungen anhand von postdeziptionalen Begründungen prognostiziert werden. *Der Test sollte daher primordial die Einschätzung des Einflusses von Werthaltungen auf Entscheidungen als Kriterium für ihre Prognostizierbarkeit ermöglichen.*

3. 2. 4. Kognitivistische Perspektive auf Werthaltungen und moralische Entscheidungen

Moralisches Urteil als bewusste, moralische Schlussfolgerung: Das moralische Urteil ist einer dominierenden, durch die kognitive Wende beeinflussten (vgl. Haidt, 2001; Greene & Haidt, 2002; vgl. auch Abschnitt 2. 9. 1.) und von wichtigen Autoren geteilten Perspektive entsprechend (unter anderem Piaget, 1983; Kohlberg, 1981; Rest, 1979; Dworkin, 1998; Kaplow & Shavell, 2002; Korsgaard, 2000) das Produkt einer bewussten, moralischen Schlussfolgerung des Entscheidungssubjekts (vgl. Hauser, Cushman, Young, Jin & Mikhail, 2007; Saunders, 2009) und zwangsläufig an Wertvorstellungen orientiert (vgl. Wiehl, 2002). Kohlberg (1995) postuliert in seinem Modell der nichtumkehrbaren und streng sequenziellen, moralischen Entwicklungsstufen, dass Entscheidungen aufgrund qualitativ differierender, moralischer Argumentationen getroffen werden. Auf dem von ihm vormoralisch genannten Niveau konstatiert Kohlberg hedonistisch ausgerichtete Argumente, die zur Entscheidung führen sollen, die Argumente auf dem Niveau der konventionellen Moral konstituieren sich aus Handlungsbegründungen, die auf den Erhalt wichtiger sozialer Beziehungen und den Zusammenhalt der Gesellschaft abzielen, Individuen auf dem Entwicklungsniveau der postkonventionellen Moral argumentieren Kohlbergs Stufenmodell zufolge auf Grundlage universalisierbarer Prinzipien (vgl. Kohlberg, 1995; Montada, 2002). Konform zu Hausers et al. (2007) hypothetischer Schlussfolgerung aus dieser Perspektive müsste man von einem Einfluss der interindividuellen Variation von Werthaltungen auf das moralische Urteilen und Argumentieren ausgehen können, der zu Clustern homogener Antworten führen sollte.

Schwartz: Entsprechend lassen sich die einzelnen Stufen bzw. die von Kohlberg vorgefundenen Argumentationspräferenzen im Wertekreis von Schwartz (1992, 1994) positionieren, welcher international erhobene Daten zu individuellen Wertpräferenzen in einer multidimensionalen Skalierung abgebildet hat. Werthaltungen, die einer von Kohlberg postulierten Stufe zugeordnet werden können, weisen theoriekonform untereinander geringere Distanz auf als zu stufenfremden Werthaltungen. Wertekreis bzw. multidimensionale Skalierungen von Werten aus nationalen und selektiven Stichproben finden sich in Schwartz und Blisky (1987, S. 557, S. 558), Schwartz (1992, S. 33, S. 34); Wertekreis aus internationale Stichproben finden sich in Schwartz (1992, S. 24; 1994, S.

auf der Kreisperipherie, werden sie zusammen bevorzugt oder zusammen abgelehnt. Die den persönlich bevorzugten Werten diametral gegenüberliegenden Werte werden abgelehnt: Beispielsweise bedarf Toleranz der Unsicherheitstoleranz, also auch des Kontroll- und Machtverzichts.

Unter der Annahme, dass Handlungen, die bestimmte Werte verfolgen, psychologische, praktische und soziale Konsequenzen nach sich ziehen, die nicht kompatibel mit dem Verfolgen von Handlungen sind, die andere Werte realisieren sollen, postuliert Schwartz eine Struktur der Werte, die er auch in seinen Daten wiederfindet (Schwartz & Blisky, 1987; Schwartz, 1992, 1994). Das heißt, bestimmte Werte sind anscheinend kompatibler mit bestimmten anderen Werten als wiederum andere. Beispielsweise Handlungen, die von dem Wert Gehorsam geleitet sind, konfliktieren mit der Realisierung des Wertes Autonomie, allerdings weniger stark mit Handlungen, die den Wert Konformität zum Ausdruck bringen sollen. Diese Befunde von Schwartz hätten kaum empirische Relevanz, wenn diese Werte nicht tatsächlich handlungswirksam bzw. zumindest Korrelationen mit gezeigtem Handeln aufweisen würden, was Bardi und Schwartz (2003) allerdings ebenfalls untersucht und auch zumindest für bestimmte Werte belegt haben. Andererseits konstatiert Six (1998): „Die Beziehung zwischen Werten und Handlungen sind eher von theoretischem Interesse und lassen sich in empirischen Untersuchungen als gesicherte Ergebnisse kaum wiederfinden.“ (S. 947)

3. 2. 4. 1. Beziehung zwischen der moralischen Entwicklung und Werthaltungen

Kohlberg (1995) differenziert anhand seiner empirischen Befunde drei moralische Niveaus, die er nochmals in jeweils zwei Stufen unterteilt.

Niveau I: Das Niveau I kennzeichnet, dass die zugeordneten Individuen selbstbezogene Perspektiven innehaben, welche Kohlberg (1995) „Egozentrischer Gesichtspunkt“ (S. 129) für Stufe 1 und „Konkret individualistische Perspektive“ (S. 129) für Stufe 2 bezeichnet. Individuen der Stufe 1 versuchen allem voran, ihre eigenen Interessen vor allem durch die Vermeidung von Strafen zu wahren. Dazu achten sie Autoritäten und deren Macht (vgl. Montada, 2002, S. 637). Allerdings erfassen sie oder berücksichtigen sie zumindest nicht die Interessen Anderer. Im Gegensatz dazu antizipieren Individuen der Stufe 2 Reaktionen anderer Personen und erkennen Divergenzen zwischen eigenen und fremden Interessen, berücksichtigen letztere allerdings

nur dann, wenn es sich dabei um Interessen weniger, persönlich wichtiger Personen handelt, und maßgeblich, um die eigenen Interessen ungestört befriedigen zu können.

Mit diesen (vor-)moralischen Haltungen lassen sich alle Werthaltungen vereinbaren, die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse intendieren, und den sozialen Kontext allenfalls als Mittel zum Zweck berücksichtigen (vgl. Abbildung 2). Zu Stufe 1 korrespondieren folgende Werthaltungen des Schwartz'schen Wertekreises: Freiheit, Neugierde, Unabhängigkeit, Wahlfreiheit, abwechslungsreiches Leben, Risikofreude, aufregendes Leben, Genuss, Freude und Wohlstand. Für Stufe 2 kommen noch die Werthaltungen bzw. Attribute einflussreich, Autorität und sozialer Einfluss hinzu. Die entsprechenden von Strack (2004, S. 198) so genannten Wertekreisachsen sind vornehmlich Selbstbestimmung, Anregung sowie Hedonismus, weniger Leistung und Macht.

Niveau II: Individuen auf dem Niveau II nehmen Kohlberg (1995) zufolge die „Perspektive eines Mitglieds der Gesellschaft“ (S. 133) ein, stellen sich somit „auf den Standpunkt des sozialen Systems“ (S. 139) und sind daher an der „Einhaltung der Gesetze“ (S. 134) sowie dem „Wohlergehen anderer und der Gesellschaft“ (S. 134) interessiert. Ihnen ist die „Erhaltung wichtiger Sozialbeziehungen“ (Montada, 2002, S. 637) ein Anliegen, wobei auf Stufe 3 die Orientierung an der Familie sowie anderen Primärgruppen beschränkt bleibt (vgl. Montada, 2002, S. 637), denen gegenüber ein positiven Eindruck erzeugt werden soll, um sich ihre Zuneigung zu sichern. Kohlberg (1995, S. 129-130, 134 & 140) schreibt dieser Stufe Werthaltungen wie Loyalität, Wertschätzung, Dankbarkeit, Ehrlichkeit, Fürsorge, Vertrauen und Achtung zu. Auf Stufe 4 dehnt sich die soziale Perspektive auf „übergreifende Systeme wie Staat und Religionsgemeinschaften“ (Montada, 2002, S. 638) aus, was dem Individuum die Differenzierung zwischen dyadischen Übereinkünften und dem übergeordneten sozialen System ermöglicht. Entscheidungs- bzw. handlungsleitend ist auf dieser Stufe die Erfüllung sozialer Verpflichtungen, die das Funktionieren wichtiger Institutionen gewährleistet – mit der Stabilität des sozialen Systems als übergeordnetem Ziel (vgl. Kohlberg, 1995, S. 130).

Mit dem moralischen Niveau II stimmen jene Werte überein, die das Verhältnis des Individuums zur Sozietät regeln (vgl. Abbildung 2), dazu lassen sich für die Stufe 3 folgende Werthaltungen aus dem Schwartz'schen Wertekreis zählen (Übersetzung von Strack, 2004, S. 176): Anerkennung, Zusammengehörigkeit, Sicherheit der Familie, Höflichkeit, Respekt der Tradition, Demut, Entsagung und Loyalität. Auf der Stufe 4

kommen folgende Werthaltungen hinzu: nationale Sicherheit, soziale Ordnung, Pflichterfüllung und Verantwortung.

Niveau III: Individuen auf dem Niveau III betrachten das bestehende soziale System nicht als unveränderlich (vgl. Montada, 2002, S. 638) und nehmen daher eine der „Gesellschaft vorgeordnete Perspektive“ (Kohlberg, 1995, S. 133) ein, die nicht mehr die Person in ihrem Bezug zur Gesellschaft betrachtet, sondern universalisierbare Maßstäbe anlegt, „denen eine gute oder gerechte Gesellschaft genügen muß“ (vgl. Kohlberg, 1995, S. 135). Individuen, die die Stufe 5 erreichen, erkennen den faktisch gegebenen Wertepluralismus und die Gruppenspezifität von Werten (vgl. Kohlberg, 1995, S. 130) an. Sie selber favorisieren Kohlberg (1995, S. 130) zufolge universelle Werte wie Leben und Freiheit. Auf der Stufe 6 definieren Individuen „Verpflichtungen unter Rekurs auf universelle ethische Gerechtigkeitsprinzipien“ (Kohlberg, 1995, S. 142). Dementsprechend lassen sich dem Niveau III Werthaltungen des Schwartz’schen Wertekreises (Übersetzung von Strack, 2004, S. 176) zuordnen, die unabhängig von der bestehenden gesellschaftlichen Ordnung für gültig erachtet werden können (vgl. Abbildung 2): Toleranz, Gleichheit, soziale Gerechtigkeit, friedliche Welt.

Sowohl die moralische Neutralität der Werthaltungen im Zentrum des Schwartz’schen Wertekreises, als auch die vermutliche moralische Inakzeptabilität der Werthaltungen des Sektors Macht bedingen, dass sie zu Handlungsbegründungen nicht herangezogen und daher von den Stufen Kohlbergs (1995) nicht abgedeckt werden (vgl. Abbildung 2).

Es wurden unter anderem in folgenden Studien zum Teil deutliche Zusammenhänge zwischen der gemessenen moralischen Stufe und Werthaltungen gefunden:

- in den Studien von Feather (1988) mit dem Defining Issues Test und dem Rokeach Value Survey,
- in den Studien von Ostini und Ellerman (1997) mit dem Defining Issues Test und einem eigenen Value Survey,
- in den Studien von Lan, Gowing, McMahon, Rieger und King (2008) und von Lan, Gowing, Rieger, McMahon und King (2010) mit dem Defining Issues Test 2 und dem Schwartz Values Questionnaire,

- in den Studien von Helkama, Uutela, Pohjanheimo, Salminen, Koponen und Rantanen-Vantsi (2003) mit dem Moral Judgment Interview und dem Schwartz Values Questionnaire,
- in den Studien von Helkama (1983), von Diessner, Mayton und Dolen (1993) und von Weber, (1993) mit dem Moral Judgment Interview und dem Rokeach Value Survey

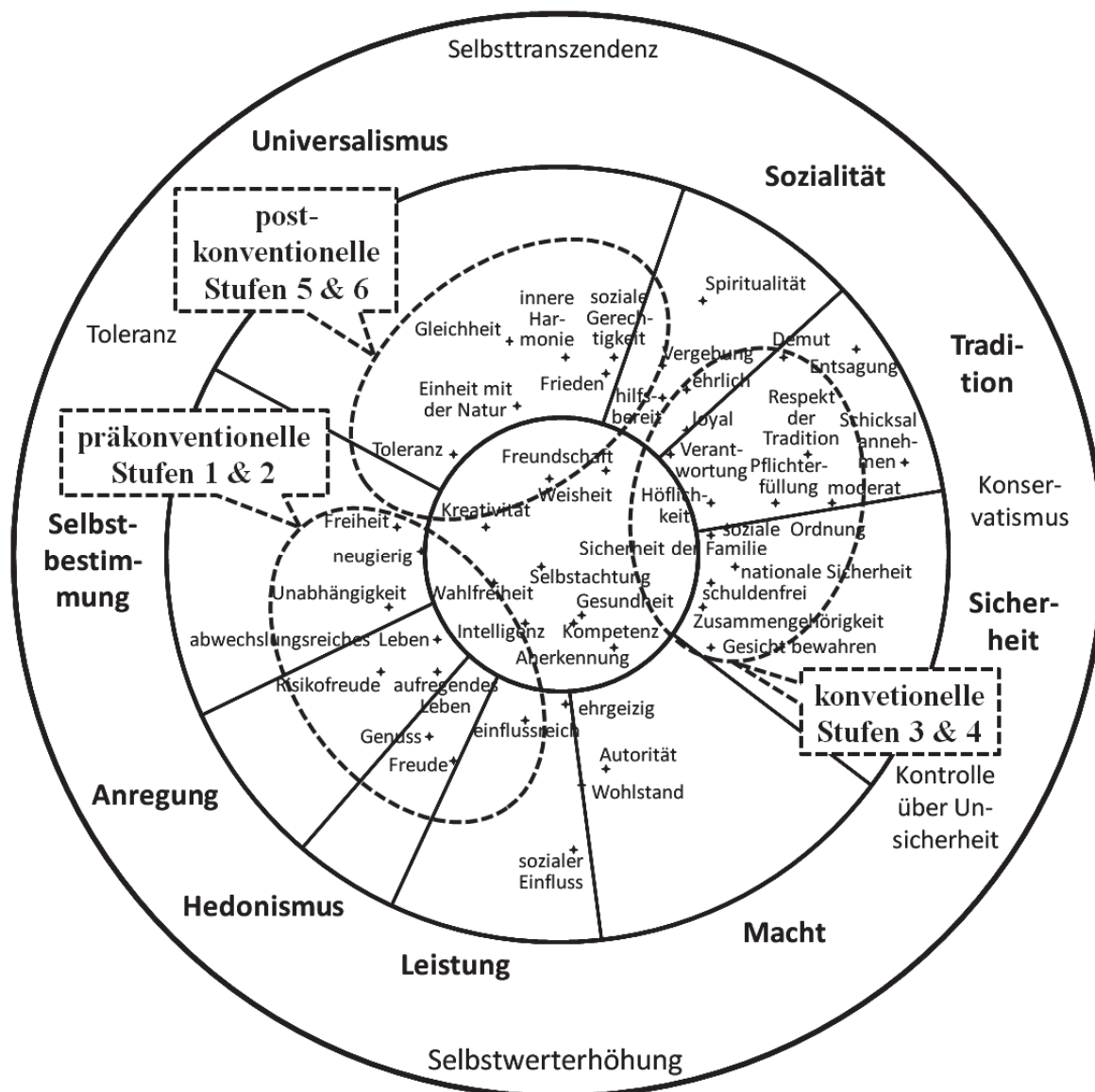


Abbildung 2: Zuordnung der einzelnen Stufen bzw. der von Kohlberg vorgefundenen Argumentationspräferenzen im Wertekreis von Schwartz (vgl. Abbildung 1).

Damit lässt sich zeigen, dass die logische Konsistenz der von Kohlberg (1995) erhobenen, postdeziSIONALen Handlungsbeurteilungen sich in der semantischen Ähnlichkeit der von

Schwartz (1992) erhobenen gemeinsam präferierten Werthaltungen widerspiegelt. Anzunehmen ist, dass die Explikation von Handlungsgründen und von Werthaltungspräferenzen durch ähnliche psychologische Faktoren beeinflusst ist. Ob allerdings die Kongruenz der empirisch vorgefundenen intrasubjektiven Präferenz für einander ähnelnde Begründungslogiken mit der Präferenz von ihnen assoziierbaren Werthaltungen rein auf semantische Ähnlichkeit zurückzuführen ist, lässt sich aus den bisherigen empirischen Befunden nicht klären.

Die semantische Verankerung des psychologischen Konstrukts Werthaltung im allgemeinen Sprachgebrauch ist mit Schwartzs (& Blisky, 1987; Schwartz, 1992, 1994, 1996, 2007) Untersuchungen belegt. Bardi und Schwartzs (2003) Forschungsarbeit stellt zudem einen gewissen Bezug zwischen Werthaltungen und Handlungen fest, welcher bedingte Handlungswirksamkeit vermuten lässt. Wie erörtert, lassen sich ebenfalls Parallelen zwischen den Befunden von Schwartz (1992, 1994, 2007) bezüglich unterschiedlicher Ausformungen von Werthaltungen und Kohlbergs (1995) Forschungsergebnissen finden. Damit ist allerdings noch nicht viel zu ihrer Brauchbarkeit zu Zwecken, die über die Deskription hinausgehen, herausgefunden, denn weder ist die ipsative sowie transsituative Stabilität des korrespondierenden empirischen Phänomens, noch ihre Wirkungsweise bei komplexen Entscheidungen und damit ihre Brauchbarkeit zur Prognose sowie Erklärung von menschlichem Handeln belegt, welche u. a. stark vom Bewusstseinsgrad der Entscheidungsprozesse abhängt.

Falls sich allerdings bewusste, ipsativ und transsituativ stabile entscheidungsrelevante Faktoren in Selbstauskünften finden und als Werthaltungen im Sinne von Schwartz interpretieren lassen, gäbe der Wertekreis von Schwartz individualdiagnostische Anhaltspunkte über weitere Werthaltungspräferenzen und zudem über abgelehnte Werthaltungen.

3. 2. 4. 2. Sozialpsychologische Befunde zu Gerechtigkeitsprinzipien und Werthaltungen

Werte in unterschiedlichen Situationen – normative Perspektive: Aus normativer Perspektive ist, um zu einer ethisch vertretbaren Entscheidung zu gelangen, in verschiedenen Situationen die Gewichtung von unterschiedlichen Werten notwendig. Zur Erhöhung der Plastizität folgt die kurze Betrachtung eines gesundheitspolitischen Problems: Bei kurativen Maßnahmen in der Medizin sollte eventuell die Bedürftigkeit höher

gewichtet werden als Gleichheit. Bei präventiven Maßnahmen sollte Gleichheit gegebenenfalls höher gewichtet werden, da die Bedürftigkeit vorab nicht ermittelt werden kann. Eine Person, die immer ethisch vertretbar entscheidet, würde die unterschiedlichen Werte in den unterschiedlichen Situationen immer richtig, aber eben unterschiedlich valenzieren. Für diese Person könnte man daher keine bestimmten situationsübergreifenden Wertepreferenzen feststellen.

Werte in unterschiedlichen Situationen – deskriptive Perspektive: Wie schon erwähnt, muss man aus deskriptiver Perspektive konstatieren, dass Menschen zumindest in der Selbstauskunft durchaus unterschiedliche Werte unterschiedlich stark favorisieren, wie der Wertekreis von Schwartz (Schwartz & Blisky, 1987; Schwartz, 1992, 1994, 1996, 2007) belegt. Es gibt Menschen, die angeben, Freiheit und Neugierde zu favorisieren, andere eher Sicherheit, Ordnung und Tradition. Falls Werthaltungen in der von Schwartz (1992, 1996) erhobenen Form ("as a guiding principle in your life" S. 17, S. 6) Einfluss auf Entscheidungen besitzen, sollten sich diese Präferenzen auch auf die Bewertung von Situationsmerkmalen auswirken und sich schlussendlich in den Entscheidungen niederschlagen, und zwar sollten sich die Präferenzen situationsunabhängig und interindividuell unterschiedlich auswirken.

Durchschnittliche Bevorzugung bestimmter Werte in bestimmten Situationen: Es bestehen auch situationsabhängige Effekte. Aufbauend auf Deutschs (1975) Hypothesen über "values of "equity," "equality," and "need"" (S. 137) untersuchen Schwinger (1980), Schmitt und Montada (1981) und Bossong (1983) situativ bedingte Präferenzen von Gerechtigkeitsprinzipien, welche leicht im Wertekreis von Schwartz (1992, 1994, 2007) bzw. Strack (2004) platziert werden können.

Schwinger: Schwinger (1980) schlägt für die Erklärung und Vorhersage der Lösung von Allokationsproblemen einen Multiprinzipienansatz vor, der das Beitragsprinzip, das Gleichheitsprinzip sowie die Distribution nach Bedürftigkeit inkludiert und in der Annahme gründet, dass Individuen bemüht sind, Konflikte konsensuell nach allgemein hin anerkannten Normen zu lösen. Zur Validierung seines Ansatzes schildert er Befunde, die die Situationsabhängigkeit der Auswahl des Distributionsprinzips belegen. Im von Strack (2004) übersetzten Wertekreis könnte das Beitragsprinzip unter „Leistung“ (bei halb sieben Uhr) eingeordnet, das Gleichheitsprinzip zu Universalismus (bei halb zwölf Uhr) zugeordnet und das Bedürftigkeitsprinzip unter Sozialität (bei ein Uhr) eingruppiert

werden. Damit würden die drei Prinzipien im Wertekreis ein unregelmäßiges Dreieck aufspannen, bei dem die Distanz zwischen dem Beitragsprinzip und den anderen beiden Prinzipien, Gleichheitsprinzip und Bedürftigkeitsprinzip, recht hoch wäre, letztere allerdings geringe Distanz untereinander aufwiesen.

Schmitt & Montada: Schmitt und Montada (1981) untersuchen in einer Fragebogenstudie erhobene Daten varianzanalytisch folgende drei, auf die Beurteilung der Gerechtigkeit von Entscheidungen Einfluss nehmende Faktoren: das Objekt, das zugeteilt bzw. vorenthalten werden soll, der soziale Kontext und die Verfahrensregel. Ihre Ergebnisse belegen u. a., dass zur Konfliktlösung von förderungsorientierten Kontexten das Bedürftigkeitsprinzip favorisiert und in Beziehungskontexten das Gleichheitsprinzip präferiert wird. Dabei besteht trotz Heterogenität der Probanden ein vergleichsweise hoher Konsens unter ihnen, welche Verfahrensregel in den bestimmten sozialen Kontexten anzuwenden sei. Wobei allerdings in einer anschließenden faktorenanalytischen Untersuchung ebenfalls deutliche individuelle Präferenzen für bestimmte Verfahrensregeln selbst über Entscheidungsobjekte und soziale Kontexte hinweg festgestellt wurden.

Bossong: Auch Bossong (1983) belegt experimentell, dass die Art der sozialen Beziehung Einfluss auf die Beitragsorientierung bei der Ressourcenallokation nimmt. Die Orientierung am geleisteten Beitrag steigt gegenüber dem Gleichheitsprinzip mit der Geschäftsmäßigkeit und fällt mit der Freundschaftlichkeit der Beziehung sowie mit der Bedürftigkeit des Gegenübers. Dabei finden sich die Effekte sowohl bei egalitär- als auch bei prinzipiell eher beitragsorientierten Probanden.

Aus den Befunden lässt sich folgern, dass vermutlich in verschiedenartigen Situationen unterschiedliche Werthaltungen durchschnittlich höher valenziert werden, und sich demzufolge die individuelle Werthaltungspräferenz in der Differenz zwischen der individuellen, situativ bedingten Valenzierung von Werthaltungen zur durchschnittlichen Werthaltungspräferenz in dieser Situation manifestiert. Anzumerken ist allerdings, dass die genannten Befunde zu situativ bedingten Präferenzen von Gerechtigkeitsprinzipien offenlassen, ob den Probanden bewusst ist, welche Gerechtigkeitsprinzipien sie favorisieren. Zudem kann aus den geschilderten Befunden allenfalls eine grobe Zuordnung bestimmter Werthaltungen zu einzelnen Situationsmerkmalen abgeleitet werden.

3. 2. 4. 3. Theorien kognitiver Konsistenz

Entsprechend der geteilten Grundannahme der Theorien kognitiver Konsistenz, u. a. der Balancetheorie von Heider (1946, 1958) sowie der Dissonanztheorie von Festinger (1978), dass sich Kognitionen zu einem System organisieren, in dem eine Selbstorganisationstendenz hin zu Widerspruchsfreiheit oder Konsistenz herrscht, sollte das Entscheidungssubjekt bemüht sein, zwischen Werthaltungen, situationsbezogenen Kognitionen und Kognitionen über die Handlungspräferenz möglichst hohe Konsistenz herzustellen.

Kognitionen und Dissonanz: Kognitionen sind gemäß Irle (1978, S. 299) prinzipiell bewusstseinsfähige, psychologisch definierte Realität, die konform zu Festinger (1978, S.23) aufgrund erhöhter Adaptivität in der Regel mit der physikalischen, sozialen oder psychologischen Realität konvergiert. Festinger (1978, S. 24-28) attribuiert in seinen Ausarbeitungen zur Dissonanztheorie Beziehungen von Kognitionen entsprechend ihrer Interdependenz als irrelevant oder relevant sowie letztere analog der Wichtigkeit der beteiligten Kognitionen, ihrer Inkompatibilität und der mit ihr einhergehenden Aversivität als konsonant oder dissonant. Die Intensität der erlebten Dissonanz als Funktion der Valenz und Inkompatibilität der fraglichen Kognitionen determiniert den Dissonanzreduktionsdruck, welcher Festinger (1978, S. 39) zufolge langfristig zwangsläufig immer niedriger ist als die geringste Gesamtdissonanz bzw. Widerstandsfähigkeit (Festinger, 1978, S. 35), die bei der Änderung einer der betreffenden Kognitionen auftritt, da diese den vorausgehenden Dissonanzreduktionsdruck beseitigte. Daraus lässt sich folgern, dass nach der Perzeption situationsspezifischer, entscheidungsrelevanter Informationen und der Aktivierung entscheidungsrelevanter, transsituativ stabiler Kognitionen die Handlungspräferenz das zur Konsistenzschaffung favorisierte Element im kognitiven System sein sollte, falls sie nicht durch unbewusste Prozesse vorgegeben wird und somit aufgrund der Dissonanz, die ihre Änderung hervorriefe, bereits nicht mehr zur Disposition steht. In dem Fall verblieben zur Dissonanzreduktion die situationsspezifischen und die transsituativ stabilen Kognitionen. Letztere weisen gemeinhin multiple relevante Beziehungen zu weiteren bedeutenden Kognitionen und damit hohe Widerstandsfähigkeit auf, genauso wie aus der Sinneswahrnehmung physikalischer Reize der Außenwelt resultierende, situationsspezifische Kognitionen, deren Realitätsferne der perzeptive Abgleich entgegenwirkt (vgl. Festinger, 1978, S. 24).

Einfluss sozialer Faktoren: Eine weite Klasse situationsspezifischer Kognitionen, welche aus Mutmaßungen über Meinungen Anderer bezüglich des richtigen Handelns in einer konkreten Situation resultieren und daher oft geringere Widerstandsfähigkeit aufweisen, werden von Festinger (1978, S.177-252) ausführlich erörtert. Seiner Auffassung entsprechend ruft das Wissen über eine von der eigenen abweichenden fremden Meinung umso weniger Dissonanz hervor, je mehr objektive kognitive Elemente zu der fraglichen Meinung existieren, je mehr Personen dem Entscheidungssubjekt bekannt sind, die seine Meinung teilen, und je geringere Attraktivität, Expertise und persönliche Bedeutung der Person mit der divergierenden Meinung zugeschrieben wird. Allerdings ruft das Wissen über fremde abweichende Meinungen konform zu Festingers (1978) Ausführungen zwangsläufig ein gewisses Ausmaß an Dissonanz hervor, was seiner Theorie nach voraussetzt, dass die Kognitionen zur eigenen und fremden Meinung in relevanter Beziehung stehen. Möglich wäre dies, wenn fremde Meinungen als Validierungskriterium eigener Auffassungen oder als Kohäsionskriterium der Ingroup bzw. als Kriterium für die Gruppenzugehörigkeit herangezogen werden. Aufgrund mangelnder objektiver Validierbarkeit moralischer Auffassungen dienen bei ihnen Krämer (1995) zufolge fremde Meinungen als intersubjektives Validierungskriterium. Zudem dienen die moralischen Auffassungen anderer Kohlberg (1995) zufolge besonders Individuen des moralischen Niveaus II als Kriterium für die Gruppenzugehörigkeit. Letztere kann bei abweichender eigener Meinung häufig durch das Verschweigen der eigenen Meinung oder durch die Vortäuschung einer konformen Meinung sichergestellt werden, was sich somit nicht zwangsläufig auf das Handeln auswirken muss. Allerdings schreibt bereits Myrdal (1944, S. 1029-1030) das steigende Streben nach logischer Konsistenz moralischer Urteile dem durch zunehmend effektivere Kommunikation wachsenden Risiko der öffentlichen Aufdeckung logischer Inkonsistenzen in der moralischen Begründung zu. Dies lässt annehmen, dass sich zwar Kognitionen zur sozialkonformen Begründbarkeit der eigenen Entscheidung auf diese auswirken, allerdings bei der Entscheidung andere Dissonanzen auftreten als bei der Begründung, was ihrer Isomorphie selbst bei einem vollständig bewussten Entscheidungsprozess entgegenwirken kann.

Soziale Erwünschtheit: Festingers Ausführungen zu den Auswirkungen abweichender Fremdmeinungen koinzidieren mit der in der Psychologie weithin bekannten Tendenz zur „sozialen Erwünschtheit“ (Mummendey, 1981, S. 1999; Atteslander, 2008, S. 164; vgl. auch Schnell, Hill und Esser, 1999, S. 332f.) oder „sozialen Wünschbarkeit“

(Lück & Timaeus, 1969, S. 135) bzw. "social desirability" (Edwards, 1957), von der man beim Versuch des Probanden spricht, sich selbst in einem guten Licht erscheinen zu lassen insbesondere durch die Anpassung der explizierten, vermeintlich eigenen Meinung an die beim Forscher angenommene, was zu einer Divergenz zwischen eigenem Urteil und geäußelter Begründung führen kann und bei der Fragebogenkonstruktion vermieden werden sollte, wobei u. a. die Zusicherung von Anonymität auch Myrdals (1944) Annahme entsprechend helfen sollte.

Empirische Belege der Dissonanztheorie: Festinger (1978) belegt seine Theorie mit einer Vielzahl an empirisch überprüften Operationalisierungen. Unter anderem schildert er als experimentell belegte Folgen von Entscheidungen (S. 57) die postdezyonale Suche entscheidungskonformer Informationen, die erhöhte Sicherheit bei endgültigen Entscheidungen im Vergleich zu vorläufigen Urteilen, die sinkende Attraktivität von nichtgewählten Alternativen und steigende Attraktivität der gewählten Alternative sowie die Schwierigkeiten bei der Revision von wichtigen, knappen Entscheidungen, wobei die angeführten Effekte mit der durch die Entscheidung hervorgerufenen Dissonanzstärke variieren (vgl. Festinger, 1978, S. 89). Bezüglich Experimenten zur Auswirkung von forcierten Einwilligungen (S. 103) schildert er die häufigere Meinungsänderung nach einer öffentlich gegebenen meinungsdivergierenden Einwilligung mit geringer Belohnung als mit hoher Belohnung als ebenfalls theoriekonforme Ergebnisse. Zur unfreiwilligen Informationsaufnahme (S. 140) schildert Festinger (1978) experimentelle Resultate, die darauf hinweisen, dass Personen Dissonanz durch dissonanzinduzierende Informationen, denen sie forciertweise ausgesetzt wurden, unter anderem durch Zweifel an ihrer Validität oder Fehlwahrnehmung reduzieren. Weitere Belege für die prognostische Aussagekraft seiner Theorie liefert Festinger in Form von Experimenten zur dissonanzreduzierenden Meinungsänderung aufgrund von Beeinflussungsversuchen und zu Dissonanz als Auslöser für Beeinflussungsprozesse (S. 201). Damit kann Festingers (1978) Dissonanztheorie als gut belegt gelten.

3. 2. 4. 4. Resümee aus der kognitivistischen Perspektive

Die Theorien der kognitiven Konsistenz geben damit Hinweise darauf, wie sich Werthaltungen auf Entscheidungen auswirken – und welche Faktoren ihre Wirkung beeinflussen könnten. Sind in einer Ausgangssituation mehrere Handlungsoptionen gegeben, die zu unterschiedlichen Zielsituationen führen können, können zu diesen

hypothetischen Zielsituationen unter anderem Kognitionen in der Form einer Valenzierung und zudem Kognitionen zu ihren unterschiedlichen Situationsmerkmalen bestehen. Falls Werthaltungen ebenfalls als Kognitionen bestehen, können die situationsspezifischen Kognitionen zu den einzelnen Situationsmerkmalen in relevantem oder irrelevantem Verhältnis zu ihnen stehen. Relevante Beziehungen zwischen situationsspezifischen Kognitionen und Werthaltungskognitionen können dissonant oder konsonant sein und sollten mit weiteren relevanten Kognitionen Einfluss auf die Handlungsauswahl nehmen. Die interindividuell unterschiedliche Valenzierung von Werthaltungen sollte dementsprechend *ceteris paribus* zu unterschiedlichen Entscheidungen führen.

Falls bewusste Kognitionen zu den Merkmalen der hypothetischen Zielsituationen bestehen, könnte bei der Begründung der Handlung die erlebte Konsonanz bzw. Dissonanz zu Werthaltungen geäußert werden. Dazu muss allerdings sichergestellt werden, dass keine weiteren Faktoren bzw. Kognitionen (wie beispielsweise die affektive Bewertung der Zielsituationen oder die soziale Erwünschtheit) sowohl bei der Handlungsbewertung als auch bei der Entscheidungsbegründung interferieren.

3. 2. 5. Einflüsse auf die Konsistenz zwischen moralischem Urteil und Volition

Motivationale Faktoren: Rest (1983) merkt an, dass das moralische Urteil sowie die ihm folgende Handlung nicht zwangsläufig korrespondieren müssen (vgl. auch Thoma, Rest & Davison, 1991), und postuliert daher in seinem integrativen Modell moralischen Handelns, welches im Abschnitt 2. 4. bereits vorgestellt wurde, motivationale, auf die Volition Einfluss nehmende Faktoren, die dem moralischen Urteil zuwiderlaufen können. Da diese motivationalen Faktoren lediglich eigenes Handeln fördern sollten (vgl. Heckhausen, 1980, Rheinberg, 2002), und Bedürfnisse, Triebe und dergleichen nur durch Handlungen mit Auswirkung auf das bedürftige Subjekt befriedigt werden können, sollte bei präskriptiven Aussagen bezüglich Handlungen fremder Personen, welche keinen Einfluss auf das aussagende Subjekt nehmen, der Einfluss von Bedürfnissen und der von Rest postulierten motivationalen Faktoren fehlen (es sei denn, die Person identifiziert sich stark mit der Person, für die sie eine präskriptive Aussage macht, was allerdings bei fiktiven Personen kaum eintreten sollte).

Bei solchen präskriptiven Aussagen sollte sich die Auswirkung der Werthaltungen, welche den von Kohlberg (1995) postulierten Stufen zugeordnet werden können, nicht reduzieren. Schließlich ordnet Kohlberg (1995) die Probanden zu den einzelnen von ihm postulierten Stufen der moralischen Entwicklung anhand von Begründungen ebenfalls präskriptiver Aussagen zu. Diese Stufen sollten daher nicht mit ausschließlich strebensethischen, sondern vor allem moralischen Werthaltungen korrespondieren. Diesen persönlichen moralischen Werten wird ungeachtet ihrer realiteren Subjektivität häufig nicht nur Gültigkeit für andere Personen zugeschrieben, sondern es wird sogar ein rekursiver Konsens (Fussel & Krauss, 1992) über ihre Gültigkeit assertiert. Somit sollten sie sich gleichfalls auf deskriptive Aussagen zum potentiellen eigenen Verhalten sowie auf präskriptive Aussagen zum Verhalten anderer auswirken. Dementsprechend sollte die Auswirkung der unbewussten bzw. bewussten Einflüsse, die zu einer Diskrepanz zwischen Urteil und Volition führen können, bei präskriptiven Aussagen reduziert sein. Ferner kann bei einem angenommenen rekursiven Konsens gleichzeitig die soziale Akzeptabilität der eigenen Entscheidung von den Probanden vermutet werden, was die Notwendigkeit zur Modifikation des Urteils und seiner Begründung entsprechend der sozialen Erwünschtheit reduziert und die Kongruenz zwischen Urteil, Explikation und Begründung fördert.

3. 2. 6. Duale Prozesstheorien: Moralische Intuition – inferierte Begründung

Intuitive Faktoren in der jüngeren Forschung: „Alle Autoren, die sich zum Bewusstsein äußern und mentale Zustände beschreiben, sind sich darin einig, dass die unmittelbar erlebten geistigen Zustände nur Teilausschnitte des mentalen Lebens spiegeln“, konstatieren Perrig, Wippich und Perrig-Chiello (1993, S. 17). So misst die jüngere Forschung unbewussten, intuitiven Faktoren beim Prozess der moralischen Urteilsbildung zunehmend Bedeutung bei (vgl. Greene & Haidt, 2002; Haidt, 2001, 2007; Baron, 1995; Hauser, Cushman, Young, Jin & Mikhail 2007; Bargh & Chartrand, 1999; Saunders, 2009). Bereits 1992 hat Oser (Oser & Althof, 1992) mit seinem Exhaustionsmodell die Annahme aufgestellt und anschließend empirisch überprüft, dass bei moralischen Problemfällen ein Lösungsvorschlag spontan entwickelt wird, der erst nachträglich mehr oder minder exhaustiv legitimiert wird. Als Beleg für sein Modell wertet Oser (Oser & Althof, 1992) unter anderem das von ihm so genannte „Retentionsphänomen“ (S. 252), bei

dem die Kohärenz zwischen Handlung und Urteil nach dessen Retention steigt. Dies deckt sich mit der Annahme von Greene und Haidt (2002, S. 522) sowie Haidt (2007, S. 998), dass intuitive Prozesse schneller als bewusste und rationale Prozesse sind, auch wenn sie das moralische Urteil nicht zwangsläufig determinieren.

3. 2. 6. 1. Schnell und unbewusst sowie langsam und bewusst

Die Annahme, dass unbewusste, affektive oder intuitive Prozesse schneller sind als bewusste oder rationale, ist mindestens so alt wie die wissenschaftliche Psychologie selbst. Bereits Wundt (1898) äußerte die Auffassung:

Erhebt sich irgend ein psychischer Vorgang über die Schwelle des Bewusstseins, so pflegen die Gefühlselemente desselben, sobald sie die hinreichende Stärke besitzen, zunächst merkbar zu werden, so dass sie sich bereits energisch in den Blickpunkt des Bewusstseins drängen, ehe noch von den Vorstellungselementen irgend etwas wahrgenommen wird. Dies kann sowohl bei der Einwirkung neuer Eindrücke wie bei dem Wiederauftauchen früherer Vorgänge stattfinden. Es entstehen so jene eigenthümlichen Stimmungen, von deren Ursachen wir uns nicht deutliche Rechenschaft geben, und die bald den Charakter der Lust oder Unlust, bald vorzugsweise den der Spannung an sich tragen. Im letzteren Fall wird dann der plötzliche Eintritt der zu dem Gefühl gehörigen Vorstellungselemente in den Umfang der Aufmerksamkeit von Gefühlen der Lösung oder Erfüllung begleitet. [...] Alle diese Erfahrungen scheinen darauf hinzuweisen, dass jeder Inhalt des Bewusstseins eine Wirkung auf die Aufmerksamkeit ausübt, in Folge deren er sich Theils durch seine eigenen Gefühlsfärbungen, theils durch die an die Function der Aufmerksamkeit selbst gebundenen Gefühle verräth. (S. 256-257)

James (1893) nahm bereits die Existenz ideomotorischer Handlungen ("ideo-motor action" S. 522) an, denen keine bewusste Zustimmung durch den Willen ("express fiat, or act of mental consent" S. 526) vorausgehen muss. Vielmehr war er der Auffassung, dass solch eine Intervention des Willens eher die Ausnahme statt die Regel sei. Auch Freud betont bekanntlich in einigen seiner Schriften (vgl. u. a. Freud, 1909, 1910, 1916, 1998) die Dominanz unbewusster Prozesse. Bartlett (1932) beschreibt die Beobachtung, dass nach der Aufforderung, sich zu erinnern, seine Probanden in der Regel zunächst eine Einstellung, Bartletts (1932) Meinung entsprechend ein affekt- und gefühlsgebundenes Phänomen äußerten und anschließend auf dieser Einstellung aufbauend die Erinnerung in

der Form einer Rechtfertigung der originären Einstellung rekonstruierten. Quandt (1956) beschreibt die Beobachtung, dass Käufer häufig Produkte nicht anhand der vorher von ihnen als bedeutend valenzierten, sondern der als unbedeutend abgelehnten Kriterien auswählten. Ittelson (1973, S. 16) konstatiert:

The first level of response to the environment is affective. The direct emotional impact of the situation, perhaps largely a global response to the ambiance, very generally governs the directions taken by subsequent relations with the environment. It sets the motivational tone and delimits the kinds of experiences one expects and seeks. The importance of the immediate affective response is sharply etched in the novel environment; it can be seen in the laboratory, the city, the school, and the hospital. It is gradually blurred and glossed over by familiarity, but its consequences are indelible. (S. 16)

Die Befunde aus Kahneman und Tverskys (1979) Experimenten belegen, dass die meisten unserer Entscheidungen auf wenig rationaler Basis fußen bzw. zwei Formen der Rationalität differenziert werden müssen (vgl. Evans & Over 1996). Zajonc (1980) vertritt noch während der Zeit, in der der Kognitivismus (vgl. Abschnitt 2. 9. 1.) das dominierende Forschungsparadigma stellte, die Auffassung:

It is generally believed that all decisions require some conscious or unconscious processing of pros and cons. Somehow we have come to believe, tautologically, to be sure, that if a decision has been made, then a cognitive process must have preceded it. Yet there is no evidence that this is indeed so. In fact, for most decisions, it is extremely difficult to demonstrate that there has actually been any prior cognitive process whatsoever. [...] It is therefore not without merit to suppose that in many decisions affect plays a more important role than we are willing to admit. We sometimes delude ourselves that we proceed in a rational manner and weigh all the pros and cons of the various alternatives. But this is probably seldom the actual case. Quite often "I decided in favor of X" is no more than "I liked X." Most of the time, information collected about alternatives serves us less for making a decision than for justifying it afterward. (S. 155)

Übereinstimmend mit Greene und Haidt (2002, S. 522) sowie Haidt (2007, S. 998) äußert Zajonc (1980) im Weiteren ebenfalls schon die Auffassung, dass affektive Urteile, falls bewusste Prozesse überhaupt stattfinden, in jedem Fall schneller sind. Zudem sind

affektive Urteile konform zu Zajonc (1980) unvermeidlich, endgültig und schwer verbalisierbar.

Haidt: Haidt (2007) bezieht "moral intuition" (S. 998) im Kontrast zu "moral reasoning" (S. 998) auf schnelle, automatische und in der Regel affektgeladene Prozesse, die ein affirmatives oder negatives Gefühl über Handlungen oder Personen ins Bewusstsein treten lassen, ohne dass der Eindruck entsteht, es sei ausgiebig darüber reflektiert worden. Im Gegensatz dazu bezieht sich der Begriff "moral reasoning" (S. 998) Haidt (2007) zufolge auf bewusst kontrollierte, kühlere im Sinne von weniger affektgeladene, mentale Aktivitäten zur Verarbeitung von Informationen über Handlungen oder Personen, um ein moralisches Urteil oder Entscheidung fällen zu können. Aus eigenen und fremden Forschungsergebnissen folgert Haidt (2007) allerdings, dass "moral reasoning" viel mehr Post-hoc-Prozesse sind, in denen das Entscheidungssubjekt versucht, unabhängig vom Wahrheitsgehalt möglichst überzeugende Evidenz zur Unterstützung der anfänglich intuitiven Überzeugung zu finden (vgl. Haidt, 2007, S. 998 und 999), um die Intuitionen und Urteile anderer Personen zu beeinflussen (vgl. Haidt, 2001, S. 814). Dennoch ist er der Auffassung, dass auf drei Wegen die erste unverzügliche intuitive Reaktion außer Kraft gesetzt werden kann, (1) durch verbales Argumentieren oder logisches Denken über Kosten und Nutzen der einzelnen Handlungsoptionen, (2) durch Reframing bzw. die Einnahme einer anderen Perspektive auf die Situation, wodurch eine weitere intuitive Reaktion ausgelöst wird, die möglicherweise mit der ersten konkurriert, oder dass es (3) möglich ist, durch die Auseinandersetzung mit Argumenten anderer Personen eine weitere intuitive Bewertung auszulösen. Haidt (2007, S. 999) ist der Auffassung, dass Meinungsänderungen in der Regel auf dem dritten Weg stattfinden, da Haidt (2001, S. 819) zufolge logisches Denken in den seltensten Fällen dazu verwendet wird, eigene Einstellungen oder Glaubensansätze in Frage zu stellen.

3. 2. 6. 2. Duale Prozesstheorien

Die u. a. von Haidt (2001, 2007) vorgenommene Distinktion zwischen unbewussten und bewussten sowie affektiven oder intuitiven und rationalen, kognitiven Prozessen wird insbesondere von den dualen Prozesstheorien thematisiert und untersucht. Einen umfassenden Überblick über zahlreiche duale Prozesstheorien gibt die Zusammenstellung von Chaiken und Trope (1999).

Bargh: In ihrem Sammelband schreibt unter anderen Bargh (1999) eine kritische Abhandlung über die Genese der dualen Prozessmodelle zu den Effekten von Stereotypisierung auf das Urteilen und Verhalten. Er beschreibt den nach 1960 stattfindenden Wandel der Annahmen über soziale Kognitionen bezüglich der Kontrollierbarkeit von sozialen Wahrnehmungen und Urteilen und kommt zu dem Schluss, dass bei der Interpretation der Daten anfänglich stark überschätzt wurde, in welchem Ausmaß unwillkürlich aktivierte Stereotypisierungen durch gute Intentionen und angestregtes Nachdenken kontrolliert werden können. Denn während der sechziger Jahre ging die Forschungsgemeinschaft Bargh (1999) zufolge noch weitgehend davon aus, dass die Verwendung von Stereotypen aufgrund der limitierten kognitiven Kapazität von Individuen eine bewusste, ökonomische Strategie sei, die sobald erforderlich gewechselt werden könnte. In den zwei darauffolgenden Jahrzehnten änderte sich diese Auffassung jedoch aufgrund von Forschungsergebnissen dahin gehend, dass die Verwendung von Stereotypen mehr auf automatische Prozesse attribuiert wurde, was konform zu Bargh (1999) angesichts der reduzierten Verantwortlichkeit und der aus ihr resultierenden ethischen Implikationen die Suche nach Belegen für die Kontrollierbarkeit in der an die automatische Aktivierung von Stereotypen anschließende Phase des Entscheidungsprozesses, der Anwendung von Stereotypen, motivierte, um somit die Verantwortlichkeit zu rehabilitieren. Die darauffolgenden vielfältigen Forschungsergebnisse kommentiert Bargh (1999) folgendermaßen: "Perhaps I'm just a pessimist, but I don't buy any of this." (S. 366). Nach der Revision der Forschungsergebnisse kommt Bargh (1999) zu dem Schluss, dass Stereotype immer aktiviert werden, falls Personen nicht lediglich als Stimuli dienen, sondern mit ihnen als Personen umgegangen wird, dass die automatische Aktivierung von Stereotypen der willentlichen Kontrolle entzogen ist und dass korrektive Maßnahmen im Anschluss an die automatische Aktivierung unwahrscheinlich sind. Bargh und Chartrand (1999) generalisieren die Ergebnisse seiner Ausarbeitungen, indem sie belegen, dass die meisten alltäglichen Handlungen nicht durch bewusste und überlegte Entscheidungen beeinflusst werden, sondern von mentalen Prozessen, die durch Stimuli aus der Umwelt angeregt und ohne Leitung des Bewusstseins erfolgen.

Evans & Over: Auf dieser wesentlich grundsätzlicheren Ebene stellen sich auch Evans und Over (1996) dem Problem der zwei unterschiedlichen kognitiven

Prozessformen, welche sie "rationality₁" (S. 8) und "rationality₂" (S. 8) nennen und folgendermaßen definieren:

"*Rationality₁*: Thinking, speaking, reasoning, making a decision, or acting in a way that is generally reliable and efficient for achieving one's goals.

Rationality₂: Thinking, speaking, reasoning, making a decision, or acting when one has a reason for what one does sanctioned by a normative theory." (S. 8)

Ihre weiteren Ausführungen stellen klar, dass Rationalität₁ viele intuitive, unbewusste oder vorbewusste und stille ("tacit", Evans und Over, 1996, S. 45) Prozesse beinhaltet, die subjektiv bedeutende Informationen des momentanen Vorhabens und des Gedächtnisses extrem effektiv, äußerst schnell sowie mit hoher Wahrscheinlichkeit parallel, zum Teil inferierend verarbeiten, wobei erst deren *Ergebnisse* ins Bewusstsein treten (Evans & Over, 1996, S. 143). Diese Form von Rationalität sprechen Evans und Over (1996, S. 154) auch Tieren zu. Sie wird durch spezifische Lernerfahrungen geformt (Evans & Over, 1996, S. 147), die in der Regel domänenspezifisch abgerufen werden (Evans & Over, 1996, S. 152-154).

Im Gegensatz dazu ist Rationalität₂ wesentlich begrenzter und ähnelt eher dem theoretischen und logischen Argumentieren oder Beweisführen (Evans & Over, 1996, S. 15), das ausschließlich bei Menschen anzutreffen ist (Evans & Over, 1996, S. 154). Der zur Definition der Rationalität₂ von Evans und Over (1996) verwendete Begriff "normative theory" (S. 8) impliziert keine *ethische* Normativität, sondern meint Theorien der Logik, Wahrscheinlichkeitstheorien und Entscheidungstheorien, also ein *methodische* Normativität. Weiter führen sie aus, dass ihren experimentell gewonnenen Daten zufolge Rationalität₂ häufig zur Generierung von Entscheidungsrechtfertigungen herangezogen wird, die häufig aufgrund mangelhafter introspektiver Qualität von den tatsächlichen Entscheidungsgründen abweichen (Evans & Over, 1996, S. 144-145, 155). Daher sind sie der Auffassung: "In attempting to study the explicit system of thinking and reasoning, we must be aware of the limitations of self-knowledge and verbal reporting." (Evans & Over, 1996, S. 155). Die Annahme, dass Menschen aufgrund bewusster Gründe entscheiden und diese benennen können, ordnen Evans und Over (1996) der Volkspsychologie zu: "Folk psychology includes the belief that we make decisions for conscious reasons that we can report." (S. 155). Allerdings halten sie es dennoch für möglich, Entscheidungsregeln explizit zu folgen und damit die Rationalität₂ zu fördern (1996, S. 153).

Beide Rationalitätsarten treten nicht sequenziell auf, sondern stehen Evans und Over zufolge dadurch zwangsläufig in Interaktion, dass bewusstes Denken immer durch unbewusste Kognitionen geformt, gelenkt und begrenzt wird (Evans & Over, 1996, S. 146). Der funktionelle Vorteil (Evans & Over, 1996, S. 153) der Kombination beider Rationalitätsformen liegt in der enormen Verarbeitungskapazität der Rationalität₁, die schnelle sowie komplexe Informationsverarbeitung zulässt, und der zusätzlichen Flexibilität und Voraussicht der Rationalität₂, die es ermöglicht, zukünftige Ereignisse vorherzusagen (Evans & Over, 1996, S. 154). Dementsprechend wird zur Bewältigung neuer Probleme Rationalität₂ benötigt, während besonders komplexe Entscheidungen mit vielen interagierenden Variablen konform zu Evans und Over (1996, S. 150) intuitiv gefällt werden.

Kahneman: Ähnlich wie Evans und Over (1996) mit ihrer Rationalität₁ und Rationalität₂ unterscheidet auch Kahneman (2003) zwischen zwei Formen der kognitiven Aktivität, welche er "intuition" (S. 698) bzw. "system 1" (S. 698) und "reasoning" (S. 698) bzw. "system 2" (S. 698) nennt. Die Ähnlichkeit seiner Definitionen der beiden Formen kognitiver Aktivität mit Evans und Overs (1996) Rationalität₁ und Rationalität₂ sind offensichtlich:

The operations of System 1 are typically fast, automatic, effortless, associative, implicit (not available to introspection), and often emotionally charged; they are also governed by habit and are therefore difficult to control or modify. The operations of System 2 are slower, serial, effortful, more likely to be consciously monitored and deliberately controlled; they are also relatively flexible and potentially rule governed. (Kahneman, 2003, S. 698)

Seine weiteren Ausführungen stellen klar, dass das System 1 genauso wie das perzeptive System Impressionen generiert, die weder beabsichtigt noch verbal explizit sind; im Gegensatz dazu sind Urteile immer intentional, auch wenn sie nicht öffentlich geäußert werden. Daher ist das System 2, Kahneman (2003, S. 699) zufolge, zwangsläufig an allen Urteilen beteiligt, gleichgültig, ob sie einer Impression oder einer bewussten Überlegung entstammen. Das Attribut intuitiv misst er allen Urteilen bei, die nicht durch das System 2 modifiziert wurden. Ambiguität wird Kahnemans (2003, S. 701) Auffassung nach in der Wahrnehmung unterdrückt, genauso wie konkurrierende Interpretationen der Realität (Kahneman, 2003, S. 702). Da Zweifel ein Phänomen des Systems 2 ist (Kahneman, 2003, S. 702), sieht Kahneman (2003, S. 699) die hohe Fehlerrate bei beispielsweise statistischen

Aussagen als Beleg dafür an, wie oberflächlich das System 2 die Ergebnisse des Systems 1 überprüft. Durch Zeitnot und hohe kognitive Auslastung werden Korrekturen des Systems 2 zusätzlich beeinträchtigt (Kahneman, 2003, S. 711).

Evans & Frankish: Im Sammelband von Evans und Frankish (2009) stimmen die Autoren Frankish und Evans (2009), Evans (2009), Carruthers (2009) und Samuels (2009) darin überein, dass die meisten dualen Prozesstheorien einem der beiden Systeme relativ schnelle, parallele, assoziative und unbewusste Arbeitsweise zusprechen und davon ausgehen, dass dieses System mit bei Mensch und Tier vorliegt. Abweichend davon wird ihnen zufolge dem anderen System in der Regel eine relativ langsame, serielle, regelgeleitete und bewusste Informationsverarbeitung zugeschrieben. Zudem wird davon ausgegangen, dass es distinktiv menschlich sei. Frankish und Evans (2009), Evans (2009) und Samuels (2009) nennen als weitere, in den meisten dualen Prozesstheorien verwendete Differenzierungskriterien der beiden Systeme die Verarbeitungskapazität, das evolutionäre Alter und die Dimension automatische versus kontrollierte Verarbeitung.

Saunders – Rationalität moralischer Urteile: Im selben Sammelband stellt sich Saunders (2009) der Frage, ob moralische Urteile rational sind. Die von ihm „deduktives Modell“ genannte, weitverbreitete und im Abschnitt 3. 2. 4. bereits beschriebene Auffassung, dass moralische Urteile Deduktionen aus bewussten moralischen Prinzipien oder Werthaltungen seien, sieht er im Widerspruch zum Befund des "moral dumbfounding" (Haidt, Bjorklund & Murphy, 1999, S. 1; vgl. auch Haidt & Hersch, 2001; Haidt, 2001; Hauser, Cushman, Young, Kang-Xing Jin & Mikhail, 2007), womit Haidt, Bjorklund und Murphy (1999) das Phänomen benannt haben, dass einige Probanden nach bestimmten moralischen Urteilen überrascht zugeben, dass sie keine plausible Begründung für ihr Urteil angeben können, allerdings trotzdem selbst dann an ihrem Urteil festhalten, wenn ihnen gute Gründe für eine Urteilsrevision unterbreitet wurden. Selbst im Fall, dass das erste Urteil unbewusst oder voreilig gefällt wurde, was konform zu Saunders (2009) das deduktive Modell noch nicht infrage stellt oder gar widerlegt, sollten die Probanden dem deduktiven Modell entsprechend zumindest zugänglich für gute Argumente sein und ihr Urteil modifizieren können. Im Gegensatz zum deduktiven Modell besitzt das Modell des Überlegungsgleichgewichts von Rawls (1979, S. 68ff.) Saunders (2009) zufolge die Normativität einer ethischen Theorie und ist zudem mit den empirischen Befunden des "moral dumbfounding" bzw. mit den psychologischen Gegebenheiten vereinbar, da es nicht voraussetzt, dass moralische Intuitionen direkt und unmittelbar durch rationale

Reflexion beeinflussbar sind. Treten Inkompatibilitäten zwischen Intuitionen und bewussten Reflexionen auf, muss die Person konform zum Modell des Überlegungsgleichgewichts lediglich entscheiden, ob sie die Theorie oder die Intuition zurückweist. Dabei ist es durchaus plausibel, vorübergehend an einer dominierenden Intuition festzuhalten (auch wenn für sie keine rationalen Gründe angegeben werden können), vor allem, falls die für Konformität notwendigen Änderungen an der Theorie gering sind. Für das Modell des Überlegungsgleichgewichts ist ausschließlich notwendig, dass sich Intuitionen über die Zeit an die Theorie anpassen können, dadurch mit rationalen Überlegungen konvergieren und durch sie legitimiert werden. Konform zu Saunders (2009) könnte eine duale Prozesstheorie die beim Phänomen des "moral dumbfounding" auftretende Diskrepanz zwischen moralischen Intuitionen, die Resultate des gemeinhin System 1 genannten Konstrukts sein können, sowie rationalen und bewussten moralischen Theorien als Produkte des Systems 2 erklären. Da die dualen Prozesstheorien in der Regel davon ausgehen, dass Resultate des Systems 2 nur schwer jene des Systems 1 außer Kraft setzen können, bieten die dualen Prozesstheorien eine Erklärung für das Persistieren auf einem moralischen Urteil beim Phänomen des "moral dumbfounding". Im Weiteren konstruiert Saunders (2009) ein teilweise empirisch belegtes Modell der zwei Systeme. System 1 beinhaltet demnach eine Einheit, die auf den inferierenden Erwerb von Normen aus proximalen Hinweisreizen der Umwelt (beispielsweise von Eltern und Peers) spezialisiert ist und die angeeigneten Normen im destinierten Speicher ablegt. Der Inhalt des Speichers ist Saunders (2009) zufolge mit dem emotionalen, ebenfalls zum System 1 gehörenden Subsystem verknüpft, das Normverletzungen negativ sowie Normerfüllungen positiv valenziert und dadurch das initiale Urteil weitgehend determiniert. Das System 2 schließt logisches Denken, das explizite Argumentieren und Post-hoc-Rechtfertigungen ein. Saunders misst (2009) dem System 2 gewissen Einfluss auf die abgespeicherten Normen zu, indem es ein Commitment evolviert, das in Form von Selbstverbalisationen die zur Internalisierung von Normen notwendigen proximalen Hinweisreize liefert und damit zum Überlegungsgleichgewicht beiträgt. Ganz explizit ist Saunders (2009) der Auffassung, dass es uns nicht möglich ist, introspektiv auf die abgespeicherten Normen zuzugreifen, sondern sie lediglich durch das System 2 aus Urteilen inferiert werden können, was auch für eine schlüssige Post-hoc-Rationalisierung notwendig ist.

3. 2. 6. 3. Resümee aus den dualen Prozesstheorien

Die Befunde zum "moral dumbfounding" (Haidt, Bjorklund & Murphy, 1999, S. 1; vgl. auch Haidt & Hersch, 2001; Haidt, 2001; Hauser, Cushman, Young, Kang-Xing Jin & Mikhail, 2007) und zu Stereotypen von Bargh (1999) legen nahe, dass möglicherweise nicht nur in Ausnahmefällen unbewusste Entscheidungen durch bewusste Prozesse unbeeinflusst bleiben, selbst wenn sie kognitive Dissonanz evozieren. Prinzipiell kann konstatiert werden, dass jeder Entscheidung unbewusste Prozesse vorausgehen. Andererseits ist Kahneman (2003) der Auffassung, dass auch bewusste Prozesse an Entscheidungen immer beteiligt sind, sie allerdings nicht zwangsläufig beeinflussen. Zumindest aus introspektiver Perspektive scheint es unplausibel, dass der bewusste Prozess des wahrgenommenen Abwägens von Gründen kein einflussnehmender Teil des Entscheidungsprozesses sein soll. Daher wird hier vorerst nur für Entscheidungen mit dem anschließenden Phänomen des "moral dumbfounding" und Entscheidungen, an denen Stereotype beteiligt sind, keine Einflussnahme durch bewusste Prozesse angenommen. Welchen Einfluss bewusste Prozesse auf andere Entscheidungen nehmen und inwieweit über diese Prozesse realitätsnah Auskunft gegeben werden kann, muss erst noch untersucht werden.

3. 2. 7. Bisher verwendete Fragebögen mit ethischem Bezug

Wie bereits erwähnt, wird zur Erfassung der moralischen Entwicklung und Abklärung der ethischen Kompetenz in der Regel auf Kohlbergs "Moral Judgment Interview" [MIJ] (Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508) oder auf eine seiner ökonomischeren Varianten rekurriert, beispielsweise auf den von den Neo-Kohlbergianern (Rest, Narvaez, Bebeau & Thoma, 1999) entwickelten "Defining Issues Test" [DIT] (Rest, 1979, S. 289-296) bzw. "Defining Issues Test 2" [DIT-2] (Rest, Narvaez, Thoma & Bebeau, 1999, S. 658-659) oder den „Moralisches Urteil-Test“ [MUT] (Lind, 1978, S. 200-201, 1985b, S. 77-80) bzw. "Moral Judgment Test" [MJT] (Lind & Wakenhut, 1985, S. 104-105). Bevor diese drei Testinstrumente detaillierter beschrieben und kritisiert werden, soll im Folgenden ein grober Überblick der in der Literatur nach 1960 vorfindbaren Testverfahren mit ethischer Thematik gegeben werden. Die meisten der Verfahren sind auch bei Eberwein (2010) aufgelistet. Zur

Entwicklung von Testen zu moralischen Werten und Verhaltensweisen vor 1960 sei auf Pittel und Mendelsohn (1966) verwiesen.

Moral Dilemma Interview [MDI]; Moral Dilemma Questionnaire [MDQ]; Moral Judgment Interview [MJI]; The standard issue moral judgment interview; Kohlbergs Interview zum Moralischen Urteil [KIMU]: Kohlbergs (Kohlberg, 1995; Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987) Testverfahren zur Erfassung der moralischen Entwicklung wird in der Literatur unterschiedlich benannt. Froming und McColgan (1979) sprechen vom "Moral Dilemma Interview" [MDI], Heilbrun und Georges (1990) nennen es "Moral Dilemma Questionnaire" [MDQ], Gibbs, Widaman und Colby (1982) "Moral Judgment Interview" [MJI], Saver und Damasio (1991) "The standard issue moral judgment interview" und Reinshagen, Eckensberger und Eckensberger (1975) sowie Eckensberger, Reinshagen und Eckensberger (1975) bezeichnen es als „Kohlbergs Interview zum Moralischen Urteil“ [KIMU]. Alle Bezeichnungen beziehen sich allerdings auf das Testverfahren, auf das im Abschnitt 3. 2. 8. näher eingegangen wird. Die englische Version wurde unter anderem von Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs und Power (1987) und die deutsche Version von Kohlberg (1995), Reinshagen, Eckensberger und Eckensberger (1975) sowie Eckensberger, Reinshagen und Eckensberger (1975) beschrieben. Verwendung fand das Testverfahren beispielsweise bei Heilbrun und Georges (1990) an Studenten und bei Saver und Damasio (1991) an Patienten mit Hirnschäden. Kritisiert wurde das Verfahren von Froming und McColgan (1979) und bearbeitet von Gibbs, Widaman und Colby (1982). Aus Kohlbergs Interviewverfahren wurden zwei quantitative Testinstrumente entwickelt, die ebenfalls im Abschnitt 3. 2. 8. näher erläutert werden sollen. Eine Multiple Choice Version genannt Moral Judgment Scale [MJS] benutzen beispielsweise Rubin und Trotter (1977) sowie Wilmoth und McFarland (1977). Die "Moral Judgment Scale" [MJS] wurde von Maitland und Goldman (1974) modifiziert und benutzt 15 der Kohlbergschen Dilemmata in einer leicht veränderten Form.

Defining Issues Test [DIT]; Defining Issues Test 2: Eines der zwei aus Kohlbergs Interviewverfahren entwickelten quantitativen Testinstrumente ist der "Defining Issues Test" [DIT] bzw. der "Defining Issues Test 2" [DIT2]. Der "Defining Issues Test" [DIT] wurde von Rest (1979) entwickelt und beschrieben – ebenfalls von Rest, Narvaez, Bebeau und Thoma (1999). Von Eynon, Hill und Stevens (1997) wurde der DIT an Studenten und von Thoma, Rest und Davison (1991) an unterschiedlichen Erwachsenen angewendet.

Froming und McColgan (1979) sowie Ishida (2006) kritisieren den DIT und Kay (1982) weist auf die konzeptuellen und methodischen Schwierigkeiten des Verfahrens hin. Der "Defining Issues Test 2" [DIT2] wurde von Rest, Narvaez, Thoma und Bebau (1999) entwickelt und beschrieben. Verwendung fand er beispielsweise bei Eynon, Hill und Stevens (1997) an Studenten und anderen Erwachsenen sowie bei Cooper und Schwartz (2007) ebenfalls an Studenten.

Moralisches Urteil Test [MUT]; Moral Judgment Test [MJT] und Weiterentwicklungen: Das zweite aus Kohlbergs Interviewverfahren entwickelte quantitative Testinstrument ist der „Moralisches Urteil Test“ [MUT] bzw. der "Moral Judgment Test" [MJT]. Der „Moralisches Urteil Test“ [MUT] ist von Lind (1978, 1985b) sowie Lind und Wakenhut (1980, 1983) entwickelt und beschrieben worden. Die englische Version der "Moral Judgment Test" [MJT] wurde von Lind und Wakenhut (1985) konzipiert und beispielsweise von Slováčková und Slováček (2007) an Studenten angewendet. Der MUT und MJT wurden von Reinshagen (1978), Schmied (1981), Schmitt (1982) und Ishida (2006) rezensiert. Der MUT war Grundlage für eine Reihe weiterer Testinstrumente mit ähnlichem Aufbau. Lind und Wakenhut (1983) entwickelten aus dem MUT den „Moralisches Urteil Fragebogen“ [MUF], der von Krämer-Badoni und Wakenhut (1983) sowie Senger (1983) verwendet wurde. Ebenfalls bauen der „Moralischer Urteils Präferenztest“ [MUP], welcher von Briechle (1981) zur Anwendung an Jugendlichen entwickelt wurde und daher Dilemmata aus dem schulischen Alltag enthält, sowie der von Bonk-Luetkens (1983) entwickelte „Fragebogen zur Erfassung des moralischen Urteils in sozialen Konflikten“ [MU-SK], welcher eine spezifische Adaptation des MUT für Schüler zur Erfassung der ersten vier Stufen des Moralischen Urteils nach Kohlberg (1995) darstellt, auf diesen Test auf.

Moral Dilemmas Test [MDT]: Von Bronfenbrenner (1967, 1970) wurde der "Moral Dilemmas Test" [MDT] entwickelt. Der MDT ist so konzipiert, dass lediglich die Verwendung an Kindern Sinn macht. Diese werden aufgefordert, Entscheidungen bezüglich Dilemmata zu treffen, in denen der soziale Druck auf den Protagonisten und gegebenenfalls dessen eigene Interessen den Handlungen gegenüberstehen, die von Autoritäten gewünscht werden, was nicht zwangsläufig ein ethisches Dilemma darstellen muss, sondern auch als praktisches Dilemma (vgl. Abschnitt 2. 7. 3.) klassifiziert werden kann. Verwendung fand der MDT beispielsweise bei Andersson (1979) und Smart und Smart (1973, 1976). Eine Kritik des MDT liegt von Shepherd (1977) vor.

Multidimensional Ethics Scale [MES]: Ein weiterer Test, in dem Fallbeispiele verwendet werden, ist der "Multidimensional Ethics Scale" [MES]. Er wurde von Reidenbach und Robin (1990) entwickelt und beschrieben. In ihm werden mehrere Szenarien mit Bezug zum Wirtschaftsleben geschildert, die auf bestimmte Dimensionen wie unfair – fair, ungerecht – gerecht, unakzeptabel – akzeptabel, moralisch falsch – moralisch richtig etc. geratet werden sollen. Nguyen, Basuray, Smith, Kopka und McCulloh (2008) beschreiben den MES ebenfalls und wenden ihn an Studenten an.

Moral distress questionnaire for clinical nurses: Der "Moral distress questionnaire for clinical nurses" erfragt quantitativ die Zustimmung respektive Ablehnung von mit der Krankenpflege beschäftigten Arbeitnehmern zu Aussagen, die einen Konflikt zwischen der verfügbaren Zeit oder den Anordnungen der Weisungsbefugten auf der einen Seite und den eigenen moralischen Ansichten darstellen. Der Fragebogen wurde von Eizenberg, Desivilya und Hirschfeld (2009) entwickelt und beschrieben.

Measure of Moral Values [MMV]: Das "Measure of Moral Values" [MMV] lässt die qualitativen Reaktionen in einem hypothetischen Gespräch auf bestimmte Äußerungen, die in der Regel bestimmte Ungerechtigkeiten beinhalten, notieren. Die Notizen werden anschliessend quantifiziert. Konzipiert und beschrieben wurde der Test von Hogan und Dickstein (1972).

Survey of Ethical Attitudes [SEA]: Zur Erfassung der ethischen Einstellung haben Prior, Fairweather, Rogerson und West (2010) den "Survey of Ethical Attitudes" [SEA] entwickelt. Er erfragt quantitativ die Zustimmung respektive Ablehnung von Managern, Fachleuten, Auszubildenden, Ausbildern und Studenten zu Äußerungen über die eigene Person, die Verhalten mit gewisser ethischer Brisanz betreffen.

Personal Ethical Threshold [PET]: Im "Personal Ethical Threshold" [PET] werden Dilemmata mit variierender "moral intensity" (Comer und Vega, 2008, S. 138) und gleichbleibendem sozialem Druck geschildert, bezüglich derer die Probanden abschätzen sollen, bei welcher ethischen Intensität sie sich widersetzen würden. Beschrieben wurde das Testinstrument von Comer und Vega (2008).

Nursing Dilemma Test [NDT]: Ein weiteres Instrument, das auf Pflegepersonal zugeschnitten ist, ist der "Nursing Dilemma Test" [NDT]. Er wurde von Crisham (1981) entwickelt und erfragt Entscheidungen bezüglich realitätsnaher Dilemmata und ihre Begründungen. Angewendet wurde er unter anderem von Corley und Selig (1992).

Judgments about Nursing Decisions [JAND]: "Judgments about Nursing Decisions" [JAND] beinhaltet sieben realitätsnahe Dilemmata ebenfalls aus dem Berufsumfeld von Krankenpflegepersonal, bezüglich derer das moralisch ideale Verhalten und das realistische moralische Verhalten eingeschätzt werden sollen. Das JAND wurde von Ketefian (1981, 1985) entworfen und beschrieben.

Ethical Behaviour Test [EBT]: Der "Ethical Behaviour Test" untersucht die ethische Argumentation, die Entscheidungen und deren Implementation von Pflegepersonal in ethisch problematischen Situationen. Das Original des EBT wurde von Dierckx de Casterlé, Grypdonck & Vuylsteke-Wauters (1997) in niederländischer Sprache verfasst. In englischer Sprache ist er in Dierckx de Casterlé, Grypdonck, Vuylsteke-Wauters & Janssen (1997, S. 27-28) zu finden.

Ethics Environment Questionnaire [EEQ]: Der "Ethics Environment Questionnaire" [EEQ] wurde von McDaniel (1997) entwickelt, um die ethische Einschätzung von Berufsangehörigen des Gesundheitswesens bezüglich des Unternehmens, in dem der Proband arbeitet, zu erfassen. Dazu beinhaltet der EEQ ethisch substantielle Aussagen über das Unternehmen, denen zugestimmt oder die abgelehnt werden können.

Ethical Discrimination Inventory [EDI]: Im "Ethical Discrimination Inventory" werden die Probanden gebeten, die ethischen Probleme in den präsentierten Situationen in zwei bis fünf Wörtern zu benennen. Anschließend werden die Antworten der Probanden quantifiziert. Der EDI wurde von Baldick (1980) entwickelt und dargestellt.

APGA members' ethical discriminatory ability: Im von Shertzer und Morris (1972) entworfenen Fragebogen sollen die Probanden mittels Multiple-Choice-Items angeben, wie sie sich in zwölf Fallbeispielen aus dem psychotherapeutischen Berufsumfeld entscheiden würden. Die Multiple-Choice-Items beinhalten fünf Handlungsmöglichkeiten, von denen nur eine als ethisch korrekt angesehen wird.

Ethical Judgment Scale [EJS]: Die "Ethical Judgment Scale" beinhaltet 25 hypothetische, problematische Szenarien, mit denen ein psychologischer Berater oder Psychotherapeut konfrontiert sein könnte. Die Probanden werden gebeten, aus fünf Alternativen die zu wählen, die am besten das Verhalten beschreibt, zu dem sie sich in der Situation entscheiden würden. Der EJS wurde von Van Hoose und Paradise (1979) entwickelt und beschrieben.

Ethical Decision-Making Scale-Revised [EDMS-R]: Im "Ethical Decision-Making Scale-Revised" [EDMS-R] werden die Probanden gebeten, zu sechs Fallbeispielen aus der

psychologischen Beratungspraxis eine Entscheidung zu treffen und bezüglich dieser vergleichbar zum DIT Argumente zu raten. Der EDMS-R wurde von Dufrene (2000) entwickelt und beschrieben. Das unrevidierte Original stammt Dufrene (2000) zufolge von R. S. Paritzky, wurde allerdings nicht publiziert.

Ethical and Legal Issues in Counseling Questionnaire [ELICQ]: Der "Ethical and Legal Issues in Counseling Questionnaire" [ELICQ] beinhaltet 50 Items aufgeteilt in 10 Subskalen zur Abschätzung des ethischen Wissens von psychologischen Beratern. Er wurde von Lambie, Hagedorn und Ieva (2010) entwickelt und unter anderem von Lambie, Ieva, Mullen und Hayes (2011) beschrieben.

Ethical Leadership Scale [ELS]: Die "Ethical Leadership Scale" [ELS] beinhaltet 10 Aussagen über das Verhalten eines zu bestimmenden Mitarbeiters oder Vorgesetzten als Items, die dessen Mitarbeiterführung und allgemeinen Charakter beschreiben. Die Häufigkeit des Verhaltens kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala angegeben werden, wodurch die zwei Dimensionen ethische Mitarbeiterführung und ethisches Rollenmodell erfasst werden sollen. Entwickelt und beschrieben wurde der ELS von Brown, Trevino und Harrison (2005). Eine deutsche Fassung liegt als "Ethical Leadership Scale – deutsche Fassung" [ELS-D] von Rowold, Borgmann und Heinitz (2009) vor.

Arbeitsmoral [AM]: Mit der fünf Items umfassenden Skala „Arbeitsmoral“ [AM] von Fend und Prester (1986) soll erfasst werden, welche Bedeutung der Arbeit für die eigene Lebensgestaltung beigemessen wird und welche qualitativen Anforderungen sich selbst bezüglich der eigenen Arbeit auferlegt werden. Auf einer fünfstufigen Skala kann die Zustimmung oder Ablehnung der Aussagen angegeben werden.

Ethics Position Questionnaire [EPQ]: Forsyth (1980) versucht mit dem von ihm erstellten "Ethics Position Questionnaire" [EPQ] die vier distinkten ethischen Perspektiven "situationism" (S. 175), "absolutism" (S. 175), "subjectivism" (S. 175) und "exceptionism" (S. 175) zu erfassen. Mit "situationism" (S. 175) bezeichnet Forsyth (1980) die Auffassung der Kontextabhängigkeit ethischer Beurteilung, mit "absolutism" (S. 175) das Ableiten moralischer Urteile aus universellen moralischen Prinzipien, mit "subjectivism" (S. 175) die Ansicht, moralische Urteile sollten aus subjektiven Werten abgeleitet werden, und mit "exceptionism" (S. 175) die Überzeugung, dass universelle moralische Prinzipien gelegentlich gebrochen werden müssen. Strack und Gennerich (2007, S. 13) haben den EPQ zum "Ethics Position Questionnaire – deutsche Fassung" [EPQ] umgearbeitet. Er

enthält 20 generell gehaltene Aussagen zu moralischen Überzeugungen als Items, denen auf einer neunstufigen Skala zugestimmt werden kann.

Protestant Ethic Scale [PES]: Bei der Konstruktion der "Protestant Ethic Scale" [PES] von Furnham (1990) wurde davon ausgegangen, dass religiöse Überzeugungen auf die generellen Einstellungen zur Arbeit Einfluss genommen haben und Teil der westlichen Sozialisation geworden sind. Konform zu Maes und Schmitt (2001) wird protestantische Ethik durch die vier konstitutiven Ansichten „Arbeit als göttliche Berufung und Tugend, die Prädestinationslehre, strenger Asketismus, die Ablehnung von Mystizismus und die daraus resultierende rationale Kontrolle über alle Aspekte des Lebens“ charakterisiert. Zur Messung der Ausprägung der protestantischen Arbeitsethik enthält die „Protestantische-Ethik-Skala“ [PES] in der deutschen Version von Maes und Schmitt (2001, S. 4) zehn generell gehaltene Aussagen zu Arbeit, Ehrgeiz und Verzichtbereitschaft, denen auf einer sechsstufigen Antwortskala zugestimmt werden kann.

Fragebogen zur Einschätzung moralischer Gebote [FEMG]: Der „Fragebogen zur Einschätzung moralischer Gebote“ [FEMG] wurde von Hesse (2000, S. 363-373) entworfen und beinhaltet 80 Items, die auf die acht Subskalen „Vermeidung von Konflikten“, „Vermeidung von Aggressionen“, „Vermeidung von Ängsten“, „Vermeidung des Themas Sexualität“, „Höflichkeit“, „Empathie“, „prosoziales Verhalten“ und „Ehrlichkeit“ aufgeteilt sind.

Philadelphia Geriatric Center Moral Scale [PGC]: Auch wenn die von Lawton (1975) "Philadelphia Geriatric Center Moral Scale" [PGC] das Wort Moral beinhaltet, besteht allenfalls ein strebensethischer Bezug, denn Moral wird hier eher als Lebenswille, -freude, Optimismus und dergleichen verstanden. Die PGC liegt als "Philadelphia Geriatric Center Moral Scale deutsche Fassung" [PGC/D] von Closs und Kempe (1986) auch in deutscher Sprache vor.

Protestant Ethic [PE] vs. Humanitarianism-Egalitarianism [HE]: Katz und Hass (1988, S. 905) haben unter anderem jeweils eine Skala zur Messung der Einstellung gegenüber der protestantischen Arbeitsethik genannt "Protestant Ethic" [PE] und gegenüber der humanitär-egalitären Ethik "Humanitarianism-Egalitarianism" [HE] genannt entwickelt. Die PE Skala beinhaltet elf und die HE Skala zwölf Items. Die Items bestehen ähnlich wie bei der PES aus generell gehaltenen Aussagen zu Arbeit, Ehrgeiz und Verzichtbereitschaft, denen ebenfalls auf einer sechsstufigen Antwortskala zugestimmt werden kann oder die respektive abgelehnt werden können. Die von Doll und Dick (2000)

ins Deutsche übersetzte und als „Skala zur Messung der humanitär-egalitären Ethik“ [HEE] und „Skala zur Messung der protestantischen Ethik“ [PE] benannten Skalen beinhalten jeweils zwei weitere Items.

Moral Content Test [MCT]: Der "Moral Content Test" [MCT] wurde von Boyce und Jensen (1978) dazu konzipiert, die acht von ihnen postulierten moralischen Orientierungen zu erfassen. Dazu beinhaltet der MCT Dilemmata und für jede moralische Orientierung mehrere Items. Der MCT diente Sieloff, Nieder, Kasper und Eckensberger (1987) als Grundlage für den „Fragebogen zur Erfassung ethischer Orientierungen“ [FEO]. Dieser besteht aus der Schilderung eines Umweltdilemmas mit realem Hintergrund und acht Pro- sowie acht Contra-Argumenten. Vornehmlich soll der FEO die ethische Orientierung der Probanden zwischen ökologischer und ökonomischer Ausrichtung lokalisieren. Die Items sollen die acht von Boyce und Jensen (1978) postulierten moralischen Orientierungen abdecken.

Ethical Climate Questionnaire [ECQ]: Mit dem "Ethical Climate Questionnaire" [ECQ] ist es Victor und Cullen (1988) (vgl. auch Cullen, Victor und Bronson, 1993) Auffassung nach möglich, das ethische Klima auf individueller und organisatorischer Ebene neun Kategorien zuzuordnen, die alle voneinander auf den Dimensionen "locus of analysis" (S. 104) und "ethical criterion" (S. 104) divergieren. Konform zu Victor und Cullen (1988) kann die Analyseebene in die individuelle, die lokal begrenzte und die allgemeinheitliche unterteilt werden. Die ethischen Kriterien können in Egoismus, Benevolenz und Prinzipientreue klassifiziert werden. Daraus entstehen Victor und Cullen (1988) zufolge die Klimatypen Eigeninteresse, Firmenprofit, Effizienz, Freundschaft, Teaminteresse, soziale Verantwortung, persönliche Moral, Betriebsregeln und -prozesse sowie Gesetze und Berufskodizes. Insgesamt setzte sich der ECQ aus 25 Items zusammen, die aus Aussagen über den betreffenden Betrieb bestehen. Die deutsche von Eigenstetter (2006) adaptierte Version des ECQ genannt "Ethical Climate Questionnaire – deutsche Fassung" [ECQ] beinhaltet 36 Items.

Der Ethik-Test [D-E-T]: „Der Ethik-Test“ [D-E-T] von Laufs (1997) beinhaltet 18 dichotome Items, die von Aussagen zur Weltanschauung, Prinzipientreue sowie Lebensauffassung gebildet werden. Durch die Erfassung der Bejahung oder Negierung zu diesen Aussagen und die Aufsummierung der Bejahungen ist es Laufs (1997) zufolge möglich, Aussagen über die Variablen Weltanschauung, Prinzipientreue und Lebensauffassung zu machen.

Moral Sense Test [MST]: Der Moral Sense Test [MST] wurde von Hauser (2006) zu Forschungszwecken konzipiert. Er besteht aus moralischen Dilemmata, deren einzelne Parameter Hauser (2006) interindividuell manipuliert. Individualdiagnostische Aussagen sind daher mit dem MST nicht möglich.

Tsedek-Test: Der „Tsedek-Test“ ist ein Einstellungsmaß, entwickelt von Baruk und Bachet (1950) zur Erfassung der moralischen Einsicht. In ihm werden 15 Situationen sehr kurz umrissen. Anschließend werden die Probanden darum gebeten, das Verhalten der Protagonisten von einer moralischen Perspektive aus zu beurteilen. Das Wort Tsedek bezieht sich auf die hebräische Bezeichnung für einen gerechten und barmherzigen Menschen. Von Baruk wurde der Test 2000 erneut publiziert.

3. 2. 8. Kohlbergs MJI, darauf aufbauende Teste und Kritik

Da zwar eine Reihe anderer Teste mit ethischer Thematik als Kohlbergs MJI und die darauf aufbauenden Teste von Rest (DIT) sowie von Lind (MUT) existieren, sie allerdings zur Erfassung der ethischen Kompetenz eher selten Verwendung finden, werden im Folgenden lediglich diese drei Teste beschrieben und kritisiert.

3. 2. 8. 1. MJI von Kohlberg

Kohlbergs Testverfahren Beschreibung: Kohlbergs (Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508) Testverfahren MJI sieht vor, dass den Probanden Dilemmata präsentiert werden, in denen ein Protagonist in einer künstlichen Situation zwischen zwei Handlungsalternativen wählen kann. Anschließend werden die Probanden in einem semistrukturierten Interview gefragt, wie der Protagonist in der Situation handeln sollte und was den Protagonisten ihrer Meinung nach dazu berechtigt bzw. verpflichtet.

Nach dieser qualitativen Datenerfassung wird analog zum ausführlichen Auswertungsmanual (Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987, S. 1-977) und der von Kohlberg angestrebten strukturellen Analyse des moralischen Urteils (in Abgrenzung zu einer inhaltlichen Analyse) nicht die gewählte Entscheidungsrichtung, sondern die angegebene *Begründung* für die jeweilige Entscheidung herangezogen und daraufhin der Proband einer der sechs Stufen der moralischen Entwicklung zugeordnet. Kohlberg geht dabei davon aus, dass das, was er Struktur nennt, vom Inhalt unabhängig

sei. In Kohlbergs Verfahren ist es also nicht entscheidend, wie die Person entscheidet, sondern wie die Entscheidung begründet wird.

3. 2. 8. 2. DIT von Rest und MUT von Lind im Vergleich

Rest & Lind Gründe für neue Teste: Da die Interviewmethode von Kohlberg die wesentlichen klassischen Testgütekriterien Objektivität und Reliabilität nicht zufriedenstellend erfüllen kann (vgl. Reinshagen, 1978; Schmitt, 1982), die Interviewmethode aufwendige Interviewerschulung sowie Interviewauswertung erfordert (vgl. Reinshagen, 1978) und drittens Lind (1978, 1985b) und Rest (1979; Rest, Narvaez, Bebeau & Thoma, 1999; Rest, Narvaez, Thoma & Bebeau, 1999) der Auffassung sind, dass in realen Lebenssituationen häufiger zu moralischen Argumenten Stellung genommen werden muss, sie also lediglich rekonstruiert werden müssen (vgl. Reinshagen, 1978), als dass sie selbst generiert werden müssten, haben sie standardisierte objektive Verfahren zur Erfassung des moralischen Urteils in Anlehnung an die kognitive Entwicklungstheorie des moralischen Urteils von Kohlberg konstruiert (vgl. Schmitt, 1982).

Rest & Lind Beschreibung: Dem letzten Einwand entsprechend müssen in Rest (1979) und Linds (1978, 1985b) Fragebögen die Probanden lediglich vorformulierte Argumente rekonstruieren und sie hinsichtlich ihrer Akzeptabilität (bei Lind, 1978, 1985b) und Wichtigkeit (bei Rest, 1979) raten. Wie in Kohlbergs Verfahren werden von Lind und Rest Dilemmata präsentiert, bei denen der Protagonist (bzw. die Protagonisten) bei Lind allerdings bereits im Eingangsdilemma eine Entscheidung trifft und auf ihr basierend auch eine Handlung vornimmt. Im Anschluss werden Argumente für oder gegen das Vorgehen präsentiert, die jeweils einer der von Kohlberg postulierten Entwicklungsstufen entsprechen.

Rests Instrument: Rest (1979) fragt bezüglich jedes seiner sechs Dilemmata, welche Handlung der Protagonist vornehmen sollte (inklusive einer *Can't decide* Option). Zudem listet er 12 Argumente auf, die auf einer fünfstufigen Skala nach ihrer Wichtigkeit geratet werden sollen. Die Argumente sind *nicht* gleichmäßig auf den von Kohlberg postulierten Stufen der moralischen Entwicklung verteilt. Anschließend erfragt Rest noch die vier wichtigsten Argumente, nach denen er die moralische Reife bestimmt. Rest schlägt ein Maß der moralischen Reife vor und mehrere Parameter zur Überprüfung der Validität der Werte eines Probanden. Rest nimmt zwar qualitativ unterschiedliche Denk- und

Argumentationsformen an, ordnet die Probanden in seinem Verfahren aber dennoch einem quantitativen Entwicklungskontinuum zu (vgl. Schmitt, 1982).

Linds Instrument: Im Gegensatz zu Kohlbergs und Rests Verfahren ist die Intention des Moralischen Urteilstests von Lind (1985b), nicht nur die kognitiv-strukturelle Komponente des moralischen Urteilens zu erfassen, sondern ebenfalls die motivational-inhaltliche Komponente. Anhand des kognitiv-strukturellen Aspekts des moralischen Urteils versucht Lind (1985b) ein interindividuell variierendes Persönlichkeitsmerkmal zu erfassen, das sich in der Konsistenz bei der Angemessenheitsbeurteilung von Begründungslogiken manifestiert. Die motivational-inhaltliche Komponente konstituiert Linds (1985b) Diktion entsprechend die Einstellung zu einer Werthaltung.

Im MUT werden den Probanden lediglich zwei Dilemmata präsentiert, bezüglich derer die Versuchspersonen anhand einer siebenstufigen Skala beurteilen, wie sehr sie die Handlungen der Protagonisten befürworten bzw. ablehnen. Anschließend bewerten die Probanden sechs Argumente für sowie sechs Argumente gegen die von den Protagonisten vorgenommene Handlung, wobei jeweils ein Pro- und ein Contra-Argument die Begründungsstruktur einer der sechs von Kohlberg postulierten Stufen der Entwicklung des moralischen Urteils verwenden. Dementsprechend sind alle sechs Stufen Kohlbergs gleichmäßig abgedeckt.

Aus methodischer Perspektive kann Linds (1985b) Testinstrument als experimenteller Fragebogen bezeichnet werden (vgl. Schmitt, 1982), welcher als Messwiederholungsfaktor die moralische Stufe der favorisierten Argumente, die im Rating manifestierte Meinungskonformität mit den Argumenten und die Dilemmaversion beinhaltet. Entsprechend erfolgt die Auswertung mittels dreifaktorieller Varianzanalyse, mittels der Lind anschließend versucht, die intraindividuelle Urteilsvarianz durch die zwei Strukturwerte bzw. Faktoren „Stufe“ und „Meinungskonformität“ aufzuklären. Ein fiktives Beispiel zur Veranschaulichung der beiden Faktoren ist bei Lind (1985b) zu finden, welches in Abbildung 3 dargestellt wird. In der Abbildung sind die Ratings der Pro- und Contra-Argumente eines Dilemmas von zwei sehr unterschiedlichen Probanden dargestellt. Die Urteilsvarianz der Person A lässt sich konform zu Lind (1985b) hauptsächlich mit dem Faktor „Stufe“ erklären, da er die Akzeptanz der Argumente ihrer moralischen Stufe entsprechend ratet. Die Urteilsvarianz des Probanden, dessen Ratings auf der rechten Seite dargestellt sind, lässt sich Lind (1985b) entsprechend gut mit dem Faktor

„Meinungskonformität“ erklären, da er die Akzeptanz der Argumente danach beurteilt, ob sie seiner Meinung bzw. seiner zuvor getroffenen Entscheidung entsprechen.

Befragte :	Person A						Person B					
	"richtig gehandelt"						"falsch gehandelt"					
Meinung:												
Argumentation:	"Pro"			"Con"			"Pro"			"Con"		
	-4	0	+4	-4	0	+4	-4	0	+4	-4	0	+4
Stufe: 1	X	.....		X	.....		X	.....			.....	X
2	X	.....			..X	.....	X	.....			.....	X
3		..X	.....	X	.....		X	.....			.....	X
4		...X	.....		..X	.....	X	.....			.....	X
5		....X	.....		....X	.....	X	.....			.....	X
6		.....X			.....X		X	.....			.....	X

Determination durch den Faktor ...

STUFE	:	92,2	0,4
PRO-CON	:	0,7	99,1

Abbildung 3: Fiktive Wertungen zweier unterschiedlicher Probanden (Lind, 1985b, S. 84).

Lind (1985b) leitet aus seinem Verfahren mehrere Indikatoren der moralischen Reife ab – dabei unterscheidet er zwischen Struktur- und Inhaltswerten. Die Anteile der intraindividuellen Urteilsvarianz, die zum einen durch den Faktor „Stufe“, zum anderen durch den Faktor „Meinungskonformität“ aufgeklärt werden, sind konform zu Lind (1985b) die Strukturwerte. Nach Lind (1985b) ist der höchste Mittelwert aus den Ratings der vier Argumente einer moralischen Stufe der Inhaltswert eines Probanden als dessen Indikator für die moralische Stufe.

3. 2. 8. 3. Kritik an Kohlbergs MJI

Kohlberg (1995) trifft anhand der mit dem MJI gewonnenen Daten Aussagen über die moralische Entwicklung seiner Probanden, indem er von der Begründung einer potenziellen Handlung auf die Gründe inferiert (Kohlberg, 1995, S. 389), wozu diese weitgehend übereinstimmen müssten, was allerdings durch die im vorausgehenden Kapitel 3. 2. 6. geschilderte Forschung infrage gestellt wird. Allen voran kritisieren Evans und Over (1996, S. 155) diese Auffassung am deutlichsten als Glauben der Volkpsychologie. Daher sollte die Übereinstimmung der Begründung einer Handlung mit den Gründen genauer untersucht werden. Selbst Vertreter des Kognitivismus (vgl. Abschnitt 2. 9. 1.)

müssen anerkennen, dass eine Entscheidung in einem moralischen Konflikt u. a. durch Faktoren beeinflusst werden kann, denen Überlegungen vorausgehen, die momentan und spontan nicht mehr expliziert werden können. Ein Beispiel wäre, dass eine Person auf die Überlegung hin, dass Ehrlichkeit die Voraussetzung jeder Kommunikation ist und die Lüge Vertrauen voraussetzt, das sie performativ infrage stellt, die Maxime „Ich soll nicht lügen“ so stark internalisiert, dass sie diese nach einer gewissen Zeit intuitiv anwendet. Anschließend wäre es der Person eventuell nicht möglich, ihre Entscheidung, nicht zu lügen, ad hoc konform zu den Kriterien der Stufe 6 zu begründen, obwohl ihre Entscheidung durch Überlegungen mittelbar determiniert wird, die auf dieser Stufe anzusiedeln sind. In Kants Diktion würde sie den heteronomen Willen befolgen, obwohl die Entscheidung schlussendlich durch den autonomen Willen determiniert wird. Kohlbergs Testresultate wären in dem Fall nicht mehr reliabel. Rest und Lind beheben dieses Problem zu einem gewissen Grad, indem sie den Probanden vorformulierte Antworten zur Auswahl präsentieren, so dass der Proband keine eigene Antwort explizieren muss. Das bringt allerdings ein Problem mit sich, auf das im nächsten Abschnitt 3. 2. 8. 4. vertiefend eingegangen wird.

Das Postulat, dass moralische Entwicklung prinzipiell mehr enthält als die Universalisierung und Differenzierung der Begründung von Entscheidungen, erweitert diesen Kritikpunkt. Rest beispielsweise postuliert die vier im Abschnitt 2. 4. beschriebenen Komponenten, die seines Erachtens entwickelt sein müssen, um zu moralischem Verhalten zu führen. Zudem kann man Emotionssteuerung, Affektkontrolle und die Aneignung von moralkonformen Gewohnheiten ebenfalls unter dem Begriff moralische Entwicklung subsumieren. Da Kohlberg lediglich rationale Begründungen erfasst, lässt er all die Komponenten unbeachtet, die es Individuen ermöglichen, sich ethisch angemessen in sozialen Systemen zu verhalten, die zu komplex sind, als dass sie mit all ihren Kausalzusammenhängen und ethisch relevanten Merkmalen rational erfasst werden könnten. Allerdings laufen Entscheidungen nach dem Stand der Forschung nicht rein rational ab, sondern beinhalten viele Aspekte, die eben durch Kohlbergs Methode nicht erfasst werden können. Als Letztes kann die von Kohlberg postulierte Unabhängigkeit von Struktur und Inhalt kritisiert werden, mit der er die Vernachlässigung der Entscheidungsrichtung begründet. Diese angenommene Unabhängigkeit ist konform zu Schmitt (1982) „eine Idealkonzeption der kognitiven Entwicklungstheorie, die in empirischen Untersuchungen immer wieder widerlegt werden konnte.“ (S. 13). Schließlich

ist die Handlungsentscheidung lediglich in echten ethischen Dilemmata paritätisch, daher müssten die vorgegebenen Fallbeispiele auf jeder moralischen Entwicklungsstufe ein echtes Dilemma darstellen.

Zusammenfassung: Zusammenfassend ist zu sagen, dass auch aus psychologischer Perspektive mehrere Gründe dafür sprechen, bei der Beurteilung der moralischen Entwicklung und bei der Erhebung der ethischen Kompetenz ohnehin die Entscheidung und die angestrebte oder eventuell sogar durchgeführte Handlung mit einzubeziehen. Denn höchstwahrscheinlich manifestiert sich im Vergleich zur Entscheidungsbegründung mehr in der Entscheidung an sich, u. a. eventuell eine potenzielle moralische Intuition.

3. 2. 8. 4. Kritik an Rests DIT und Linds MUT

Kritik an Rest und Linds Methode: Wie schon in der Kritik an Kohlbergs Verfahren, die auch auf die Verfahren von Rest und Lind zutrifft, angeschnitten, präsentieren Rest und Lind den Probanden vorformulierte Antworten, die jeweils eine der von Kohlberg postulierten Stufen repräsentieren sollen. Daran ist zu beanstanden, dass dadurch ihre Verfahren a priori Falsifikationsmöglichkeiten der Theorie ausschließen. Es ist durchaus möglich, dass Probanden andere Argumentationsformen wählen würden als Rest und Lind in ihren Verfahren anbieten. Manche Forscher wie Gilligan (1982) halten dies sogar für sehr wahrscheinlich, da Kohlberg versäumt hat, weibliche Probanden in seine Stichprobe mit einzubeziehen. Würden von Probanden vermehrt Argumentationsformen vorgebracht, die nicht an die Stufenfolge von Kohlberg assimiliert werden können, müsste die bestehende Theorie eventuell erweitert werden. Dadurch, dass Rest und Lind Antworten vorgeben, besteht diese Möglichkeit nicht mehr, und die Gefahr von Artefakten ist nicht abschätzbar (vgl. auch Reuss & Becker, 1996).

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass alle drei Teste lediglich Begründungspräferenzen erheben, allerdings mitnichten klären, ob aus ihnen tatsächlich die Handlungsgründe inferiert werden können.

3. 2. 9. Integrative Betrachtung moralischen Entscheidens und Begründens

„Theoretische Übungen sind heute oft nur dann willkommen, wenn man mit einigen wenigen Annahmen (am liebsten nur einer), die sich auf ein konkretes Phänomen bezieht, möglichst unmittelbar testbare Vorhersagen machen kann,“ beklagt Kuhl (2001, S. 10).

Aufgrund der zu bearbeitenden Fragestellung wird in dieser Forschungsarbeit im Unterschied zur gängigen psychologischen Forschung nicht auf eine vorherrschende Schule oder ein bestimmtes Paradigma rekurriert, sondern versucht, isolierte, empirisch belegte Einzelphänomene und Theorien unterschiedlicher Disziplinen miteinander zu verknüpfen bzw. gegeneinander zu testen. Im Folgenden sollen daher unter Verwendung der in den vorausgehenden Abschnitten dieses Kapitels dargestellten Theorien konvergente und konfligierende Annahmen über den Verlauf des Entscheidungsprozesses in moralisch brisanten Situationen aufgezeigt werden. Die Forschungsergebnisse, die die Darstellung des Verlaufs des Entscheidungsprozesses komplettieren, werden hier ergänzt. Dabei wird versucht, soweit möglich auf empirisch und logisch abgesicherte Erkenntnisse zurückzugreifen, ohne dabei die Option, einen neuen Erklärungszusammenhang zu entdecken, im Vorhinein zu verbauen. Dieses unsicherheitstolerante und explorative Forschen lässt erfreulicherweise auch Raum für zukünftige Forschung.

3. 2. 9. 1. Moralische Entscheidungen

Perzeption neuer Informationen und Transformation in Kognitionen: Jede saliente situative Veränderung beinhaltet Informationen, die, falls sie vom neuronalen System des Menschen rezipiert und (verkürzt ausgedrückt) als bedeutend erachtet werden, nicht nur in Form von remittierender neuronaler Aktivität terminiert fortbestehen, sondern in Kognitionen transformiert werden. Die höhere Perseveration und das höhere Bewusstwerdungspotential dieser Kognitionen hängen davon ab, inwieweit sie in Beziehung und in welche sie zu schon bestehenden Kognitionen (vor allem zum Selbstkonzept) gesetzt werden können (vgl. Damasio, 2007; Edelman, Tononi, Kuhlmann-Krieg, 2000). Die Relevanz einer neuen Kognition nimmt nach Festinger (1978) mit der Anzahl der Beziehungen zu bestehenden Kognitionen zu. Die Relevanzhierarchie von zeitnah zueinander bewusst rezipierten Informationen für ein bestehendes kognitives System sollte daher evaluierbar sein, solange die Bewertungen der Informationen nicht logisch zwingend interdependent sind – beispielsweise in der Form, dass eine Information die Interpretation einer weiteren Information beeinflusst. Entsprechend dem Konsistenzprinzip neigen Personen dazu, Eindrücke aus ihrer sozialen Umwelt in disjunkte Einheiten zu zergliedern und, falls die Einheiten vorgegeben sind, sie derart zu strukturieren, dass sie intern homogen und distinkt zu anderen Einheiten sind (Witte, 1994, S. 325). Bisher wurden keine Belege für die Wirkungsweise des Konsistenzprinzips

gefunden, allerdings ist zu beobachten, dass zumindest zu Zwecken der verbalen interpersonellen Kommunikation eine derartige Strukturierung in intern konsistente und von anderen – in dem Fall – Argumenten distinkte Informationseinheiten vorgenommen wird und scheinbar zweckdienlich ist. (Daher sollte bei der Fragebogenkonstruktion die potentielle Restrukturierung der verbal gegebenen Informationen durch die Probanden in Erwägung gezogen werden und nach Möglichkeit vermieden werden.) Freilich müssen Informationen nicht *bewusst* rezipiert noch verarbeitet werden (vgl. Perrig, Wippich & Perrig-Chiello, 1993, vgl. auch James, 1893, Abschnitt 4. 2. 6.), sondern können sogar auf unbewusstem Wege verhaltenswirksam werden, falls beispielsweise die perzipierte situative Veränderung in dissonanter Beziehung zu persönlichen Zielen steht, es allerdings, wie beispielsweise beim geringfügigen Abweichen des Autos vom Straßenverlauf, keines hohen kognitiven Aufwands bedarf, die Situation in zieldienlicher Weise zu verändern und eo ipso die kognitive Dissonanz aufzuheben.

Absolute Bewertung von Handlungsoptionen und die Entscheidung: Für diffizilere Entscheidungen als die der ideomotorischen Deviationskorrektur hat Miller (1944) in seinem feldtheoretischen Konfliktmodell drei unterschiedliche intrasubjektive Konfliktformen formuliert:

- 1.) "approach- approach competition" (S. 432) von Strack (2004) „Appetenz-Appetenz – Konflikt“ (S. 170) übersetzt,
- 2.) "approach-avoidance competition" (S. 432) oder „Appetenz-Aversions – Konflikt“ (Strack, 2004, S. 448),
- 3.) "avoidance-avoidance competition" (S. 432) oder „Aversions-Aversions – Konflikt“ (Strack, 2004, S. 171).

Prinzipiell bietet jede wahrgenommene situative Veränderung dem menschlichen Organismus die Affordanz, auf sie zu reagieren, und zwingt ihn dadurch, zumindest zwischen Reagieren und Inaktivität zu entscheiden, was nach Herkner (1991, S. 85) bereits einen Konflikt darstellt, da diese Verhaltensweisen inkompatibel sind. Miller (1944) zufolge erfolgt die Bewertung der Möglichkeiten konsequentialistisch. Falls die Konsequenzen von Reagieren und Inaktivität gleich valenziert werden, ergibt sich konform zu Miller (1944) ein Appetenz-Aversions-Konflikt. Bei der Wahl zwischen mehreren ähnlich valenzierten Verhaltenstendenzen kann analog zu Miller (1944) entweder ein Aversions-Aversions-Konflikt oder Appetenz-Appetenz-Konflikt emergieren, je nachdem, ob die Verhaltenstendenzen als aversiv oder positiv bewertet werden. Ein plastisches

Beispiel für letzteres ist der Buridansche Esel, der, zwischen den zwei gleich großen und gleich weit entfernten Heuhaufen platziert, einen Appetenz-Appetenz Konflikt erlebt, also zwei unterschiedliche Ziele gleich attraktiv bzw. appetitlich findet. Entsprechend Millers (1944) Ausführungen werden Handlungsoptionen nicht komparativ (also anhand eines vergleichbaren Objektes als Referenz) beurteilt, sondern vielmehr anhand eines absoluten Maßstabs, und diese Beurteilung nimmt Einfluss auf die Entscheidung. Dies deckt sich mit Festingers (1978) Annahmen in Bezug auf dissonanzerzeugende Entscheidungen.

Festinger (1978, S. 44-47) geht davon aus, dass die Einzelheiten der Alternativen vor der Entscheidung isoliert und nicht komparativ betrachtet und bewertet werden. Zudem hält er Entscheidungen zwischen ausschließlich negativen Alternativen für möglich, allerdings nicht für wahrscheinlich. Seiner Auffassung nach betreffen die häufigsten Entscheidungen Alternativen mit sowohl negativen als auch positiven Aspekten. In Bezug auf die moralische Beurteilung von Handlungsoptionen geht Haidt (2007) davon aus, dass sie intuitiv in Form eines guten oder schlechten Gefühls erfolgt, was als absolutes, übergeordnetes und universelles Kriterium angesehen werden kann.

Die absolute Bewertung der antizipierten Situationen, die nach Durchführung der Handlungsoptionen eintreten, macht schon insofern Sinn, um bei hoher Aversivität beider hypothetischer Situationen zu eruieren, wie viel Aufwand betrieben werden sollte, eine weitere Handlungsalternative zu finden. Zudem kann auch aus logischer Perspektive argumentiert werden, dass über jede Entität, über die ein komparatives Urteil getroffen werden soll, ein absolutes Urteil vorausgehen muss, wie ausführlich bereits im Abschnitt 2. 8. belegt wurde. Ferner sind durch die absolute Bewertung der Handlung und der antizipierten Situationen, die nach Durchführung der Handlungsoptionen eintreten, erst Phänomene wie Begeisterung, Euphorie, Misstrauen, Aufregung, Widerwillen, Unlust etc. möglich. Daher sollten die subjektiven, absoluten Bewertungen der Handlungsoptionen bzw. der zukünftigen, antizipierten Situationen nach den Handlungsoptionen prinzipiell bewusstseinsfähig sein und bei der Begründung verfügbar sein, gleichgültig, ob der Bewertungsprozess intuitiv oder bewusst erfolgte (vgl. Zajonc, 1980). Die Entscheidung zwischen den einzelnen hypothetischen Situationen und den herbeiführenden Handlungsoptionen ist allerdings nur komparativ möglich, wobei es zum von Miller (1944) beschriebenen, zwischen Rückzug und Annäherung alternierenden Verhalten der untersuchten Entscheidungssubjekte kommen kann, welches sich gut als Resultat des zwischen den Handlungsalternativen wechselnden Aufmerksamkeitsfokus bei gleichwertig

erlebten Handlungsoptionen erklären lässt (vgl. in Bezug auf Menschen – Damasio, 2007, S. 234).

3. 2. 9. 2. Moralische Begründungen

Auch wenn Miller (1944) von Experimenten an Menschen berichtet, die die Realitätsnähe seiner Theorie belegen, rekurriert er im Großteil seiner Experimente auf Ratten als Forschungsobjekte. Anders als Ratten sind Menschen über mögliche metaperspektivische Reflexionen (Strack, 2004, S. 170) auskunftsfähig, was zu eruieren erlaubt, inwieweit der Bewertungsprozess bewusst abläuft.

Unbewusster Bewertungsprozess und korrespondierende Begründung: Wie bereits im Abschnitt 3. 2. 6. (vgl. auch Damasio, 2007; Metzinger, 2009; Fazio, Sanbonmatsu, Powell. & Kardes, 1986; Fazio, 2001; Bargh & Chartrand, 1999; Bargh, 1999; Soon, Brass, Heinze & Haynes, 2008) geschildert, sind bei Entscheidungen konform zu neurologischen Befunden lediglich unbewusste Prozesse zwangsläufig beteiligt, das Fehlen bewusster Prozesse eventuell jedoch möglich. Konform zu Metzinger (2009, S. 89) werden Probleme vornehmlich dann bewusst, wenn sie unbewusst nicht gelöst werden können, was bei den von Miller (1944) untersuchten, dilemmatischen Situationen zumindest zur bewussten Bewertung der hypothetischen, postaktionalen Situationen führen sollte. Andernfalls führten unbewusste Prozesse zu einer klaren Prävalenz einer hypothetischen Situation und damit zu einer gegebenenfalls bewussten Entscheidung. In beiden Fällen ist der subjektive Eindruck des Entscheidungssubjekts in aller Regel der einer vollständig bewussten Entscheidung (vgl. Metzinger, 2009, 187-188), da mögliche unbewusste Prozesse nur dadurch ins Bewusstsein treten können, als die Prämissen der Bewusstseinsinhalte vermisst werden. In der Regel verhält es sich allerdings analog zum *Discus nervi optici* und dem daraus resultierenden blinden Fleck: Es wird nichts vermisst – im Gegenteil, das Fehlen wird gewöhnlicherweise kaschiert – im Falle unbewusster Entscheidungen möglicherweise aus der Notwendigkeit heraus, das Selbstkonstrukt eines autonomen verantwortlichen Entscheiders aufrechtzuerhalten (vgl. auch Metzinger, 2009). Dementsprechend ist dem Entscheidungssubjekt der Bewusstseinsgrad der Entscheidung nicht zwangsläufig zugänglich, da u. a. bei einer postdeziSIONalen oder -aktionalen, dilatorischen Begründungsanfrage die Intensität der Engramme einer bewussten Entscheidung aufgrund des von Baddeley schon 1979 (S. 164) als wissenschaftlich weitgehend gesichert bezeichneten Spurenerfalls denen einer eher intuitiven vergleichbar

sein können. Möglicherweise folgt dann der Begründungsanfrage ein Versuch der introspektiven Rekapitulation des Entscheidungsprozesses oder lediglich der von Haidt (2007) konstatierte Post-hoc-Rationalisierungsversuch der Entscheidung. Zumindest im Fall, dass sich keine Gedächtnisspuren über den originären Bewertungsprozess an sich reaktivieren lassen, sollte das Entscheidungssubjekt bei der Begründung versucht sein, zur Konsistenzrestitution auf die (wie oben ausgeführt) voneinander unabhängigen Handlungsoptionsbewertungen zu rekurrieren, wodurch die Merkmalsbewertungen der hypothetischen postaktionalen Situationen innerhalb der einer spezifischen hypothetischen Situation zugehörigen Merkmalsbewertungen hoch korrelieren sollten. Dabei sollten, zumindest falls nur zwei Handlungsoptionen zur Verfügung stehen, alle antizipierten postaktionalen Situationsmerkmale, die für die favorisierte Handlung oder gegen die Handlungsalternative sprechen, als zusammengehörig wahrgenommen werden, genauso wie die, die gegen die favorisierte Handlung oder für die Handlungsalternative sprechen, da konform zu Damasio (2007, S. 238-239) Theorie der somatischen Marker der somatische Marker, der durch die Vorstellung einer negativen Folge einer bestimmten Handlung aktiviert wird, den Aufmerksamkeitsfokus auf Handlungsalternativen lenkt. Zudem belegen die Befunde von Fazio, Sanbonmatsu, Powell und Kardes (1986) sowie Fazio (2001), dass die Verrechnung heterogener Valenzierungen (positiv-negativ) schwerer fällt als die Verrechnung homogener Valenzierungen (positiv-positiv oder negativ-negativ). Die Parität von Situationsmerkmalen, die für die eine Handlungsoption sprechen und gegen die alternative Handlungsoption, ist damit angesichts der psychologischen Gegebenheiten ökonomischer als die simultane Verarbeitung von positiven und negativen Aspekten einer Handlungsoption. Diese Annahme wurde in Voruntersuchungen bekräftigt (vgl. Anhang D). (Selbstverständlich ist es möglich, dass die herbeiführenden Handlungen und die korrespondierenden hypothetischen Situationen getrennt voneinander bewertet werden, was aufgrund des Faktums, dass unterschiedliche Handlungen zu derselben Situation führen können, plausibel erscheint. Unter der Annahme, dass Handlungen und hypothetische Situationen am selben Kriterium gemessen werden, ist diese Differenzierung akzidentiell).

Zusammenfassung: Resümierend kann mit Gewissheit konstatiert werden, dass bestimmte Situationsmerkmale perzipiert werden, die Entscheidungen mit den perzipierten Situationsmerkmalen alternieren und somit Entscheidungen nicht zufällig getroffen,

sondern von der Interaktion der perzipierten Situationsmerkmale mit intrapersonellen Faktoren beeinflusst werden. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass die Bewertungen der Handlungsoptionen bewusstseinsfähig sind. Weiterhin ist allgemein hin geteiltes Wissen, dass Entscheidungen begründet werden.

Unklar ist, ob der Entscheidungsprozess postdezisional von den Entscheidungssubjekten bewusst rekonstruiert und expliziert werden kann. Da die Validität der Metakognition über den Bewusstseinsgrad der Entscheidung in Frage gestellt wird, besteht über die Realitätsnähe der vorgenommenen Begründungen oder Situationsmerkmalsbewertungen selbst dann Unklarheit, wenn die Probanden von ihr überzeugt sind.

Somit ist fraglich, ob Begründungen moralischer Entscheidungen stärker durch die entscheidungsrelevanten Faktoren oder die Bewertung der Handlungsoptionen beeinflusst werden. Ferner kann es demgemäß auch mitnichten als hinreichend erachtet werden, Werthaltungen zu erheben und von ihnen auf Entscheidungen zu schließen.

3. 3. Die Forschungsfrage und deren Operationalisierungsmöglichkeit

Quantitative Daten: In Bezug auf das übergeordnete Forschungsziel, situationsübergreifende und ipsativ stabile Faktoren zu finden, die Entscheidungen in ethisch brisanten Situationen beeinflussen, um darüber auf ethische Kompetenzen zu schließen, bedeutet das, dass der Einfluss dieser Faktoren in den Daten aus der (wie schon im Abschnitt 3. 2. 3. erwähnt) angestrebten Erfassung von Aussagen zu Entscheidungsbegründungen durch den Einfluss der intuitiven Handlungsoptionsbewertung konfundiert sein kann. Um Aussagen über situationsübergreifende Faktoren machen zu können, ist es daher notwendig, diesen konfundierenden Einfluss gesondert zu ermitteln und, falls möglich, aus den Daten herauszupartialisieren, was durch das Vorliegen quantitativer Daten vereinfacht würde.

Da zudem die Auswertung und Quantifizierung qualitativer Daten die Testhandhabung in der Praxis unökonomisch machen würde, soll der Hauptteil des Tests quantitative Daten erfassen. Um Entscheidungen von Probanden quantitativ und mit hohem Skalenniveau erheben zu können, soll der Test daher Fallbeispiele beinhalten, die lediglich zwei Handlungsoptionen offerieren, sodass die Entscheidung auf einer Dimension

erfasst werden kann. Anstelle der verbalen Entscheidungsbegründungen soll von den Probanden eine Bewertung der einzelnen in den Fallbeispielen gegebenen Informationen erhoben werden, ob sie eher für die eine oder die andere Handlungsoptionen sprechen.

Rating bei bewusster Entscheidung: Da, wie im Abschnitt 3. 2. 3. konstatiert, die Situationsmerkmale in Interaktion mit den intrapersonellen Faktoren die Entscheidung beeinflussen, sollten, falls die in den Abschnitten 3. 2. 4. 3., 3. 2. 4. 4. und 3. 2. 5. benannten konfundierenden Einflüsse minimiert werden können, diese postdeziisonalen Merkmalsbewertung der unterschiedlichen, hypothetischen, postaktional resultierenden Situationen umso differenzierter ausfallen und damit intrapersonell eine umso höhere Varianz aufweisen, je besser die Probanden den Entscheidungsprozess rekognizieren können (– vorausgesetzt, die Situationsmerkmale sprechen unterschiedliche Werthaltungen an). Zudem sollte mit der Validität der Rekognition und der Stärke des Einflusses von Werthaltungen die transssituative Korrelation der Bewertungen von Situationsmerkmalen, die zu ähnlichen Werthaltungen korrespondieren, steigen, da, wie im Abschnitt 3. 2. 4. ausführlich geschildert, individuell präferierte Werthaltungen in der Werteverteilung der Multidimensionalen Skalierung von Schwartz (1992) geringe Distanzen zueinander aufweisen und somit gemeinsam präferiert oder abgelehnt werden. In dem Fall könnten anhand der transssituativ korrelierenden Situationsmerkmalsbeurteilungen eine differenzialdiagnostische Aussage über die latenten Werthaltungen getroffen werden, welche auf die Entscheidungen Einfluss genommen haben und die anschließend zur Entscheidungsprognose herangezogen werden könnten. Dazu wäre ein Werthaltungsprofil für jeden Probanden zweckdienlich, das aus den Faktorwerten einer über die Situationsmerkmalsbewertungen mehrerer Fallbeispiele berechneten Faktorenanalyse erstellt werden könnte, bei der die Situationsmerkmalsbewertungen, die zu ähnlichen Werthaltungen korrespondieren, auf einem Faktor laden sollten, falls Werthaltungen maßgeblichen Einfluss auf die Bewertungen nehmen und die Entscheidung nicht vornehmlich intuitiv getroffen wurde.

Rating bei intuitiver Entscheidung: Denn bei einer stark intuitiven Entscheidung, die es den Probanden nicht ermöglicht, postdeziisonal die Prozesse der Entscheidung zu rekognizieren, also der Abgleich der Situationsmerkmale mit den intrapersonellen entscheidungsrelevanten Faktoren unbewusst bleibt und demzufolge nicht in die explizite Situationsmerkmalsbewertungen einfließen kann, sollte die intrasituative und intrapersonelle Varianz der Situationsmerkmalsbewertungen gering sein. Falls die

Probanden tatsächlich, wie im Abschnitt 3. 2. 9. 2. als Möglichkeit dargestellt, eher auf die Bewertung der hypothetischen, postaktionalen Situationen als Referenz bei der Merkmalsbewertung rekurren, sollten die Situationsmerkmalsbewertungen der Fallbeispiele, die wie erwähnt jeweils zwei hypothetische, postaktionale Situationen beinhalten sollen, auf zwei Faktoren laden, was den Einfluss potenzieller Werthaltungen konfundieren würde. Da die intuitiven Bewertungen der einzelnen hypothetischen postaktionalen Situationen der unterschiedlichen Fallbeispiele nicht miteinander korrelieren sollten, sollte es möglich sein, den Effekt einer hypothetischen postaktionalen Situation zu erfassen und aus den Daten herauszupartialisieren.

Erläuterungen zur Abbildung 4 – Proband A: In Abbildung 4 sind u. a. die Situationsmerkmalsratings im Anschluss an eine von Werthaltungen beeinflusste und korrekt rekonstruierte Entscheidung (Proband A) dargestellt. Die Ähnlichkeit zur Abbildung von Lind (1985b) (vgl. Abschnitt 3. 2. 8. 2.) ist offensichtlich. Die Unterschiede kommen hauptsächlich dadurch zustande, dass hier zum einen statt nach der Akzeptabilität wie bei Lind (1985b), bei der nicht zwischen der Richtung des Arguments respektive der Information für oder gegen eine Handlungsoption unterschieden wird, nach der Bedeutung für die eine oder andere Handlungsoption gefragt wird, und zum anderen bei Lind nur die Pro- und Contra-Argumente für *eine* Handlungsoption dargeboten werden. Die zu präsentierenden Fallbeispiele sollen den Probanden allerdings Informationen zu beiden möglichen Handlungen geben. Dabei sollten die Informationen zu einer bestimmten Handlung möglichst unterschiedliche Werthaltungen ansprechen – in der Abbildung gekennzeichnet mit Werthaltung 1 – 6. Das Rating des Probanden A soll eine Situationsmerkmalsbewertung darstellen, die nach einer von Werthaltungen beeinflussten und im Detail korrekt rekonstruierten Entscheidung vorgenommen wurde. Der Proband favorisiert die Werthaltung 6 und die übrigen Werthaltungen sukzessiv weniger, was sich auf die Ratings der Informationen zu beiden Handlungsoptionen auswirkt, die jeweils eine der Werthaltungen ansprechen. Die Ratings der Person A sind entsprechend differenziert und weisen damit eine höhere (intrasituative) Standardabweichung auf (1,5 für Handlungsoption 1 und 1,7 für Handlungsoption 2, vgl. Tabelle 1). Die Mittelwertsdifferenz der Beträge der Situationsmerkmalsbewertungen ist mit 0,7 entsprechend gering. Da dieser Proband auch bezüglich anderer Fallbeispiele Situationsmerkmale, die die Werthaltung 6 ansprechen, hoch valenzieren sollte, würden

die Situationsmerkmale, die zu ähnlichen Werthaltungen korrespondieren, miteinander über die Fallbeispiele hinweg korrelieren.

Befragte:		Proband A			Proband B		
Entscheidung des Probanden für das:		Unterlassen			Durchführen		
Informationen zum Unterlassen und Durchführen der Handlungsoption:		Unter- lassen	Durch- führen	Unter- lassen	Durch- führen		
Frage an die Probanden:		Spricht die Information eher für das Unterlassen (-4) oder das Durchführen (+4) der Handlung?					
Wertung		-4 0 +4	-4 0 +4	-4 0 +4	-4 0 +4		
Information korrespondiert zu Werthaltung:	1	X.....	.....X	....X....	.....X.		
	2	X.....	.....X.	...X.....	.....X.		
	3	.X.....	.....X.	....X....	.....X		
	4	..X.....	.....X...	...X.....	.....X.		
	5	..X.....	....X....	....X....	.....X		
	6	....X....	....X....	....X....	.....X		
Beeinflussung durch...							
... Werthaltungen:		hoch			niedrig		
... die intuitive Bewertung der Handlungsoption:		niedrig			hoch		

Abbildung 4: Darstellung eines Ratings im Anschluss an eine von Werthaltungen beeinflusste und korrekt rekonstruierte Entscheidung (Proband A) und eines durch die intuitiven Beurteilungen der Handlungsoptionen beeinflussten Ratings (Proband B).

Tabelle 1:

Intrasituative Standardabweichungen des Probanden A und Probanden B

	intrasituative Standardabweichung für das Unterlassen	intrasituative Standardabweichung für das Durchführen	Mittelwerts- differenz der Beträge
Proband A	1,5	1,7	0,7
Proband B	0,5	0,5	3,2

Erläuterungen zur Abbildung 4 – Proband B: Die Ratings des Probanden B sollen Situationsmerkmalsbewertungen veranschaulichen, die stark durch die intuitiven Bewertungen der Handlungsoptionen beeinflusst wurden. Die Situationsmerkmale können nicht mit den entscheidungsrelevanten intrapersonellen Faktoren in Verbindung gesetzt werden. Infolgedessen bewertet der Proband die Informationen den intuitiven Bewertungen der hypothetischen postaktionalen Situationen entsprechend. Da Proband B die Handlungsoption 2 intuitiv positiver bewertet hat als die Handlungsoption 1, fallen die Merkmalsbewertungen für die Handlungsoption 2 höher aus. Die intrasituativen Standardabweichungen fallen dabei niedriger als bei Proband A aus (0,5 für Handlungsoption 1 und 0,5 für Handlungsoption 2, vgl. Tabelle 1), da die hauptsächliche Referenz beim Rating die intuitive Handlungsoptionsbewertung ist. Die Mittelwertsdifferenz der Beträge der Situationsmerkmalsbewertungen ist bei Proband B mit 3,2 allerdings wesentlich höher. Da die Bewertungen der einzelnen Handlungsoptionen voneinander unabhängig sein sollten, sollten die Ratings bei intuitiv entscheidenden Personen auf zwei unterschiedlichen Faktoren laden. Falls der Einfluss der intuitiven Bewertung der Handlungsoptionen herauspartialisiert wird, sind in einer explorativen Faktorenanalyse über die Residuen aller Fallbeispiele eventuell doch noch situationsübergreifende Faktoren zu finden, die zur Entscheidungsprognose herangezogen werden können.

Die ableitbare, übergeordnete Forschungsfrage lautet:

Wirken sich moralische Werthaltungen (bei Medizinerinnen und Psychologinnen) auf die Bewertung situativer Merkmale so stark aus, dass sie mittels Daten aus Selbstauskünften erschlossen und zur Entscheidungsprognose herangezogen werden können, wenn konfundierende Einflüsse von Intuitionen, Traits, Motiven, Trieben, Bedürfnissen, persönlichen Zielen und dergleichen kontrolliert bzw. herauspartialisiert werden?

Selbstverständlich ist es möglich, dass der Entscheidungsprozess auf eine vollkommen andere Weise verläuft als hier hypostasiert. In dem Fall wäre eine Erfassung der ethischen Kompetenzen mit dem hier konstruierten Test nicht möglich – der Versuch, die Einflüsse der potentiellen intuitiven Handlungsoptionsbeurteilungen zu erfassen, dient lediglich dazu, sie gegebenenfalls explorativ herauspartialisieren zu können und nicht, um ihre Existenz zu belegen. Einen Beleg für ihre Existenz böte ein weiterer Indikator für die Intuitivität der Entscheidung. Möglich wäre beispielsweise die Bearbeitungsdauer des

Fragebogens oder die angegebene Sicherheit der Entscheidung, die möglicherweise beide mit dem Bewusstseinsgrad des Entscheidungsprozesses positiv und mit der Intuitivität der Entscheidung negativ korrelieren, als Indikatoren heranzuziehen.

Konkretisierung der ersten Forschungsfrage: Zur Operationalisierung der oben genannten Forschungsfrage sind weitere Konkretisierungen anhand der Theorien und Ausarbeitungen aus dem vorausgehenden Kapitel *Theorie* notwendig. Es wurde bereits festgelegt (vgl. 3. 2. 3.), dass die Selbstauskunft zu *fiktiven* Situationen bzw. Fallbeispielen erhoben werden soll, da so die Vergleichbarkeit der Situationen sichergestellt werden kann. Im Abschnitt 3. 2. 5. wurde erörtert, dass vor allem bei Selbstauskünften zu eigenem fiktiven (Entscheidungs-)Verhalten Einflüsse der sozialen Erwünschtheit nicht ausgeschlossen werden können und daher diese Einflüsse, soweit möglich, minimiert und überdies kontrolliert werden sollten, u. a. indem Aussagen zu eigenem und zu fremdem Verhalten verglichen werden. Zudem wurde ebenfalls im Abschnitt 3. 2. 5. dargelegt, dass bei Aussagen zu fremdem Verhalten, das den Aussagenden nicht betrifft, der Einfluss von Traits, Motiven, Trieben und Bedürfnissen minimiert sein sollte. Bezüglich der intersubjektiv konstanten, situativen Einflüsse auf die Situationsmerkmalsbewertung wurde konstatiert (vgl. Abschnitt 3. 2. 4. 2.), dass sie sich, falls notwendig, durch die Subtraktion der durchschnittlichen Bewertung der Situationsmerkmale von der individuellen Bewertung nivellieren lassen. Die Intuition als weiterer potenziell einflussnehmender, situationsspezifischer Faktor, welche aufgrund mangelnder Bewusstheit keinen differenzierten Einfluss auf die Bewertung der Situationsmerkmale nehmen kann, sollte infolge anzunehmender dissonanzreduktiver Bemühungen einen kollektiven Einfluss auf die Bewertung der hypothetischen Situationen ausüben, die mit den nahegelegten Handlungsoptionen in den Fallbeispielen antizipiert werden. Dieser kollektive Einfluss sollte sich aus den Daten herauspartialisieren lassen, ohne dass der situationsübergreifende Effekt von Werten dadurch gemindert wird. Da, wie im Abschnitt 3. 2. 4. 2. konstatiert, mit keiner bestehenden Wertetheorie konkrete Situationsmerkmale bestimmten Werthaltungen zugeordnet werden können, macht es Sinn, die Zuordnung explorativ zu ermitteln. Dementsprechend kann die erste Forschungsfrage folgendermaßen konkretisiert werden:

Können aus präskriptiven Aussagen zur Entscheidungsrelevanz von Merkmalen unterschiedlicher fiktiver Situationen gegebenenfalls nach dem Herauspartialisieren

situationsspezifischer Einflüsse situationsübergreifende Faktoren extrahiert werden, die die Varianz von Entscheidungen aufklären können?

Zweite Forschungsfrage: Diese Forschungsfrage impliziert einen Zusammenhang zwischen den Entscheidungen und den Bewertungen der zugehörigen ethisch relevanten Situationsmerkmale. Daher macht es Sinn, vorausgehend zu klären, ob die Situationsmerkmalsbewertungen einen substanziellen Anteil der Entscheidungsvarianzen aufklären können. Andernfalls wäre es kaum möglich, Faktoren aus den Situationsmerkmalsbewertungen zu extrahieren, die Entscheidungsvarianzen aufklären. Somit lautet die zweite Forschungsfrage:

Welcher Zusammenhang besteht zwischen Entscheidungen und Bewertungen der zugehörigen ethisch relevanten Situationsmerkmale?

Dritte Forschungsfrage: Weiter ist zu klären, ob die eigene Entscheidung mit derjenigen korrespondiert, die man für Andere für richtig hält. Ansonsten wäre es nicht möglich, Entscheidungen zu prognostizieren, da die Entscheidung im Wesentlichen durch Faktoren determiniert würde, die im Fragebogen nicht erfasst werden. Prinzipiell ist die Konkordanz der deskriptiven Aussage zur eigenen Entscheidung und der präskriptiven Aussage über die Entscheidungen anderer Personen auch unabhängig der ersten Forschungsfrage interessant. Sie gibt Hinweise auf die von Krämer (1995) konstatierte Divergenz zwischen „dem Eigeninteresse des Einzelnen“ (S. 30) und den „Anforderungen der Sozietät“ (S. 30). Ferner gäbe eine übermäßig gute Übereinstimmung der beiden Aussagen Auskunft über ein starkes Konsistenzbedürfnis und insuffiziente Distraktoren. Die dritte Forschungsfrage lautet entsprechend:

Welcher Zusammenhang besteht zwischen deskriptiven Aussagen zu eigenem potenziellen Verhalten und präskriptiven Aussagen bezüglich des Handelns fremder Personen?

Weitere Forschungsinteressen betreffen Gruppenunterschiede zwischen Frauen und Männern sowie Psychologen und Medizinerinnen.

4. Methode

In diesem Kapitel wird zunächst der Aufbau des Erhebungsinstrumentes beschrieben. Daraufhin wird dargelegt, warum die Daten über das Internet erhoben werden. Anschließend werden die ethische Akzeptabilität des Online-Fragebogens diskutiert, die einzelnen Schritte der Konstruktion dargestellt, der Inhalt und dessen ethische Problemstellungen behandelt und die Auswertung der mit dem Testinstrument erhobenen Daten beschrieben.

4. 1. Testaufbau – Beschreibung des Fragebogens

Freiwillige Probanden: Da lediglich auf freiwillige Probanden rekurriert werden konnte, wurde, um die Länge des Tests zu beschränken und die Abbruchrate zu senken, ein möglichst ökonomischer Test entwickelt, der gleichzeitig zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur anschließenden Bewertung der ethischen Kompetenz von Probanden dienen sollte.

Erste und zweite Seite: Der Test beinhaltet zunächst eine einleitende Seite, auf der die Probanden über das Forschungsziel, den Inhalt und die voraussichtliche Bearbeitungsdauer des Fragebogens, die Anonymität der Erhebung und die Vertraulichkeit der Daten, die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem Forschenden aufgeklärt werden. Auf der zweiten Seite werden die demografischen Variablen Geschlecht, Alter, Studienfach bzw. Beruf, Anzahl der Semester respektive der Berufsjahre, fachliche Ausrichtung und Wohnort erhoben.

Teil II: Auf der dritten Seite folgt eine Instruktion zum ersten von zwei zur Untersuchung der Forschungsfrage konzipierten Teilen des Fragebogens. Die Probanden werden gebeten, sich vorzustellen, in den auf den folgenden Seiten des Fragebogens geschilderten Situationen eine Entscheidung fällen zu müssen, verbunden mit der zusätzlichen Bitte, lediglich aufgrund der offerierten Informationen zu entscheiden. Es folgen sechs Seiten, auf denen jeweils ein weiteres Fallbeispiel geschildert ist und zwar so, als ob sich der Proband in der beschriebenen Situation befände. Die Aussagen der Probanden über ihre hypothetischen Entscheidungen sind folglich rein deskriptiv, da sie lediglich beschreiben, welche Entscheidung die Probanden vermutlich in der Situation

träfen. Alle Fallbeispiele stellen aus den im Abschnitt 2. 7. 2. genannten Gründen Prima-facie-Dilemmata dar und wurden möglichst neutral geschildert, so dass Probanden keine Handlungsoptionspräferenz (u. a. durch Effekte der sozialen Erwünschtheit) nahegelegt wird.

Aus methodischen Gründen mussten wie bereits im Abschnitt 3. 3. erörtert alle sechs präsentierten Prima-facie-Dilemmata so konzipiert werden, dass aus ihnen lediglich zwei Handlungsalternativen resultieren können. Dadurch wird den Probanden ermöglicht, im Anschluss an jedes Fallbeispiel auf einer achtstufigen Skala einzuschätzen, wie sie sich in der Situation verhalten würden, bzw. ob sie sich eher für die eine oder für die andere Handlungsoption entschieden. Sämtliche acht Stufen sind sprachlich verankert. Eine mittlere Entscheidungsmöglichkeit wird nicht angeboten, da auch in realen Situationen zwangsläufig immer eine Entscheidung getroffen werden muss. Es wurde bei der Konstruktion der Dilemmata darauf geachtet, dass möglichst wenig Interpretation notwendig ist und auch die einzelnen Informationen die Validität anderer Informationen nicht infrage stellen (vgl. Abschnitt 3. 2. 9. 1.).

Teil III: Im nächsten Teil des Fragebogens, dem zweiten zur Untersuchung der Forschungsfrage konzipierten Teil, werden dieselben Fallbeispiele noch einmal geschildert, allerdings sind in diesem Teil des Fragebogens nicht mehr die Probanden selbst die handelnden Personen, sondern unbekannte dritte Personen (beispielsweise nicht mehr >Sie haben vor wenigen Monaten...< sondern >Eine Allgemeinmedizinerin hat vor wenigen Monaten...<). Nach jedem Fallbeispiel werden die Probanden gebeten, jede einzelne der im Fallbeispiel gegebenen Informationen auf einer siebenstufigen Skala bezüglich ihrer Valenz für die eine oder andere Handlungsoption zu raten. Die Extrema der Skala sind sprachlich verankert. Diese für die Beantwortung der Forschungsfrage notwendige Valenzierung der Informationen sollte mit der einhergehend forcierten Rekognizierung den potenziellen Einfluss bewusster Faktoren, insbesondere von Werthaltungen, steigern. Mit ihnen kann untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Valenzierung der Informationen und der Entscheidung besteht und ob dieser potentielle Zusammenhang stärker durch Werthaltungen oder durch die vorab intuitiv getroffene Entscheidung beeinflusst wird. Anschließend an diese Situationsmerkmalsbewertungen werden die Probanden gebeten, eine präskriptive Aussage zu treffen, das heißt zu entscheiden, welche Handlungsalternative die im Fallbeispiel geschilderte Person vornehmen sollte. Zusätzlich zu den wie bei der deskriptiven Aussage

über die eigene Entscheidung dargebotenen vier abgestuften Antwortalternativen für und vier gegen die Handlung wird in diesem Teil des Fragebogens noch eine mittlere Antwortalternative angeboten, die in der darauf folgenden Frage aufgeschlüsselt wird. Sämtliche Antwortalternativen sind sprachlich kodiert. Die mittlere Antwortkategorie „Eine Aussage dazu ist mir nicht möglich“ wird der Tatsache gerecht, dass zwei Handlungsalternativen aus normativer Perspektive prinzipiell gleichwertig sein können oder die Probanden gegebenenfalls aufgrund von Unwissen keine Aussage machen können. Durch die Erhebung einer deskriptiven und einer präskriptiven Entscheidung wird es eventuell möglich, die Einflüsse von Bedürfnissen, Motiven und persönlichen Zielen auf die deskriptive Entscheidung zu bestimmen bzw. sie auszuschließen.

Ethische Relevanz der Situationsmerkmale: Auch wenn die Bewertungen aller Situationsmerkmale erhoben werden, sollen nicht alle in die Datenauswertung einfließen. Alle Fallbeispiele beinhalten Informationen, die irrelevant für Entscheidungen im Allgemeinen sind, da sie keine bzw. nur unter großer Unsicherheit Rückschlüsse auf die hypothetischen postaktionalen Situationen zulassen oder sich auf die Situationen voraussichtlich nicht oder paritätisch auswirken. Aus den Bewertungen solcher Informationen kann nicht auf die entscheidungsrelevanten Faktoren geschlossen werden, da der logische Zusammenhang fehlt.

Zudem beinhalten Dilemmata zwangsläufig Informationen, aus denen lediglich erschlossen werden kann, dass mehr als eine Handlungsoption besteht. Die Information über das Bestehen einer Handlungsoption ist zwar entscheidungsrelevant, da sie logische Voraussetzung für die betreffende Handlung ist und damit die Entscheidung erst ermöglicht, sie trägt allerdings nicht dazu bei, die unterschiedlichen Handlungsoptionen zu bewerten. Beispielsweise kann aus der bloßen Verfügbarkeit eines Medikaments nicht geschlossen werden, dass es auch eingesetzt werden sollte. Genauso wenig ermöglicht die Information über die Unverfügbarkeit eines Medikaments, also dass eine bestimmte Handlungsoption nicht besteht, die verbleibenden Handlungsoptionen zu bewerten. Auch aus den Bewertungen solcher Informationen kann nicht auf die individuellen, entscheidungsrelevanten Faktoren geschlossen werden. Die Bewertungen der beschriebenen Situationsmerkmale sollen nicht in die Datenauswertung einfließen. Welche Situationsmerkmale dies betrifft, wird im Anhang E detailliert erläutert.

Konsistenzbedürfnis: Selbstverständlich ist möglich, dass die Probanden ein hohes, eventuell sozial verstärktes Konsistenzbedürfnis (vgl. Bem & Allen, 1974) aufweisen und daher die Entscheidungen in Bezug auf eigenes und fremdes Handeln hohe Übereinstimmung aufweisen, auch wenn Miller und Ratners (1996, 1998) Befunde nahe legen, dass die Stärke selbstbezogener Motive, die dem moralischen Urteil zuwiderlaufen können, im Allgemeinen überschätzt wird und sie daher wenig Anlass zur Inkonsistenz geben. Um dieses potenzielle Konsistenzbedürfnis zu reduzieren, werden in der Instruktion zu diesem Fragebogenteil in einem längeren Instruktionstext persönliche Gründe von denen abgegrenzt, die auch für Andere für wichtig gehalten werden. Da die Fallbeispiele in diesem Teil wie beschrieben andere Personen als Akteure beinhalten, sollte das der Dissonanzreduktion dienen. Zudem ist den Probanden bekannt, dass ihre Daten anonym erhoben werden. Des Weiteren sollte die Bearbeitung der Fallbeispiele als Distraktor wirken, so dass die Probanden bei der erneuten Beantwortung der Entscheidungsfrage nicht mehr sicher sind, was sie zuvor angekreuzt haben.

Damit die Probanden nicht auf den vorausgehenden Seiten nachschauen oder ändern, was sie angekreuzt haben, wurde der „Zurück“-Button des Browser deaktiviert. Der Fragebogen weist für auf die meisten Fragen einen Antwortzwang auf; das bedeutet, der „Weiter“-Button führt erst nach dem Ausfüllen aller Fragen der entsprechenden Seite zur nächsten Seite. Auf der vorletzten Seite werden die Probanden gefragt, ob sie den Fragebogen ernsthaft ausgefüllt haben. Auf der letzten Seite bedanke ich mich für die Teilnahme und biete eine Kontaktadresse für Fragen zur Forschungsfrage an.

4. 2. Erhebung der Daten über das Internet

Da eine Datenerhebung mit dem angestrebten Umfang (vgl. Abschnitt 4. 7.) nur schwer zu bewerkstelligen ist, zudem die Online-Datenerhebung gegenüber der Papierversion diverse Vorteile bietet, wurde die erstgenannte bevorzugt. Zu den Vorteilen gehören unter anderem die Effektivität der Teilnehmerrekrutierung sowie die Ökonomie bezüglich Zeit, Material, Personal und finanziellem Aufwand. Zudem bietet die Datenerhebung über das Internet eine höhere Anonymität für die Probanden und wurde damit als günstige Voraussetzung zur Erhöhung der Authentizität und Verringerung der sozialen Erwünschtheit der Aussagen der Probanden angesehen. Weitere Vorteile der Online-Forschung sowie ihre Nachteile

nennen Dzeyk (2001, S. 12), Schroer (2003, S. 24-26), Thielsch (2008, 97-101) und Batinic (2001).

Es wurde davon ausgegangen, dass das Internet für die angestrebte Zielgruppe ein vertrautes Medium darstellt und durch die einfachere Handhabung gegenüber der Papierversion mit einer geringeren Abbruchrate verbunden ist. Zudem lassen die Ausführungen von Schroer (2003, S. 66) auch bezüglich des hier konstruierten Fragebogens keinen systematischen Internet-Bias vermuten.

Für die Rekrutierung der Probanden wurden öffentlich zugängliche E-Mail-Verteiler von Medizin- und Psychologiestudierenden sowie Psychologen und Medizinerinnen mit identischem Wortlaut und der Bitte zur Teilnahme an der Umfrage angeschrieben. Der Rücklauf wurde zu kontrollieren versucht, indem in der E-Mail darum gebeten wurde, auf einen Link zu einer Internetseite mit einem Counter zu klicken, falls der Leser nicht gewillt sei, den Fragebogen durchzuführen. Die Teilnahme war vollkommen freiwillig. Den Probanden wurden keinerlei Vergünstigungen oder Entlohnungen im weitesten Sinne in Aussicht gestellt.

4. 3. Ethische Akzeptabilität des Online-Fragebogens

Um die ethische Akzeptabilität des Online-Fragebogens abschätzen zu können, wurde die „„Ethik-Checkliste“ für Verfahren der Online-Datenerhebung“ von Dzeyk (2001, S. 25) angewendet. Sämtliche von Dzeyk (2001) genannten juristischen Normen wurden erfüllt. So wurden die Daten vollständig anonym erhoben und die Anonymität zugesichert; auch sind aus den hier zu schildernden Daten keine Rückschlüsse auf die Identität der Probanden möglich. Ebenfalls wurden alle anwendbaren, „konsensfähigen Normen“ (Dzeyk, 2001, S. 25) realisiert. Die durchführende Institution und Person wurden namentlich genannt. Die potentiellen Probanden wurden auf die Freiwilligkeit der Teilnahme und die Möglichkeit, das Ausfüllen des Fragebogens jederzeit ohne negative Konsequenzen abzubrechen, hingewiesen. Es wurde das Ziel der Untersuchung genannt. Die E-Mail enthielt einen persönlichen Teilnahmeappell an die potentiellen Probanden. Die Adressaten der Untersuchung wurden genannt. Informationen und Instruktionen zum Ausfüllen wurden möglichst verständlich formuliert. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer wurde anhand von Voruntersuchungen ermittelt und angegeben. Am Ende des Fragebogens wird der Dank für die Teilnahme geäußert und die Möglichkeit

geboten, mit dem Forschenden per E-Mail Kontakt aufzunehmen. Felder für Kommentare zum Fragebogen waren auf fast jeder Seite vorhanden.

Die Vorgehensweise und die im Fragebogen geschilderten Fallbeispiele wurden im Dissertationskolloquium (2007 und 2008) von Frau Prof. Reiter-Theil diskutiert und als geeignet und zumutbar befunden. Zudem wurde die Vorsitzende der Ethik-Kommission der DGPs bezüglich der ethischen Akzeptabilität konsultiert. Ihrer Empfehlung entsprechend wurde von einer förmlichen Antragstellung bei der Ethik-Kommission abgesehen.

4. 4. Schritte der Fragebogenkonstruktion

Der erste Schritt zur Konstruktion des Fragebogens war die Literaturrecherche nach Fragebögen mit ethischer Thematik. Dabei wurden die im Abschnitt 3. 2. 7. angeführten Fragebögen berücksichtigt, die für die Erhebung ethischer Kompetenz als unzulänglich bewertet wurden. Anschließend wurde die Literatur auf Fallbeispiele mit ethischer Brisanz aus dem medizinischen und psychologischen Berufskontext durchsucht (vgl. Anhang F). Mediziner und Psychologen wurden auf ethisch brisante Situationen aus dem eigenen Berufsleben befragt. Selbst erlebte dilemmatische Situationen im psychiatrischen Berufsumfeld wurden notiert.

Aus über 60 dilemmatischen Situationen und konkreten Fallbeispielen wurden 37 zur weiteren Ausarbeitung selektiert. Anschließend wurden 14 Fallbeispiele mit geringer Plausibilität, mehr als zwei Handlungsoptionen und geringer Relevanz für Mediziner und Psychologen aussortiert. Die bleibenden 23 Fallbeispiele wurden mit weiteren Informationen angereichert, so dass möglichst viele Bereiche des Wertekreises von Schwartz (1992, 1994) angesprochen werden. Nachfolgend wurden sie einem Plausibilitätscheck durch die Kommilitoninnen aus dem Dissertationskolloquium von Frau Prof. Reiter-Theil unterzogen, zudem wurde die Vollständigkeit der Informationen für die Entscheidung erfragt. Aufgrund dessen wurden sieben Fallbeispiele aus dem medizinischen und sieben aus dem psychologischen bzw. psychotherapeutischen Berufskontext zur Überarbeitung ausgewählt und mit weiteren entscheidungsrelevanten Informationen ergänzt. Nachfolgend wurde eine Online-Version des Fragebogens mit diesen 14 Fallbeispielen konstruiert (vgl. Anhang C), die von drei Psychologen und zwei Mediziner probeweise in einer Pilotuntersuchung bearbeitet wurde. Anschließend wurden

sie ausführlich zu ihrer Sicht bezüglich der ethischen Problematik und Lösungsmöglichkeit der Fallbeispiele, zu ihrer Interpretation und ethischen Relevanz der einzelnen dargebotenen Informationen sowie zur Verständlichkeit der Instruktionen und Fragestellungen befragt. Aufgrund der so erhaltenen Informationen wurden drei psychologische, zwei medizinische und ein psychiatrisches Fallbeispiel anhand der Übereinstimmung bezüglich der Interpretation der Informationen und der Fallbeispiele, anhand der (möglichst geringen) Anzahl an Informationen, die kaum ethische Relevanz besitzen, sowie anhand der Verschiedenartigkeit der angesprochenen Werthaltungen ausgewählt, geringfügig modifiziert und zu einem gekürzten Fragebogen zusammengefasst. Diese Version des Fragebogens enthält zu jedem Fallbeispiel die Frage, ob und wenn, aus welchem Grund und welche zusätzlichen Informationen für eine Entscheidung notwendig seien. Zudem wurden die Probanden gefragt, ob das Fallbeispiel verständlich geschildert wurde und ob Verbesserungsvorschläge bestehen. Außerdem wurde den Probanden nach der Frage, welche Handlungsoption der Protagonist in dem Fallbeispiel wählen sollte, die Möglichkeit gegeben, falls sie die mittlere Antwortmöglichkeit „Eine Aussage dazu ist mir nicht möglich“ angekreuzt haben, zu differenzieren, ob sie sich nicht für eine Option entscheiden können, sie beide Optionen für gleichwertig halten, keine Meinung dazu haben, die Frage für unsinnig halten oder in einem leeren Textfeld ihre Gründe beschreiben wollen. Dadurch war es möglich zu ermitteln, ob die mittlere Antwortmöglichkeit auf derselben Dimension wie die Skalenpole liegt. Mit diesem Fragebogen wurde ein Probedurchlauf durchgeführt, an dem 72 Probanden teilnahmen und 36 Probanden den Fragebogen vollständig ausfüllten. Aufgrund der Ergebnisse und der Kommentare der Probanden wurde der Inhalt des Fragebogens für geeignet gehalten; die Frage über weitere prädezisionale zu erhebende Informationen und die Differenzierung der mittleren Antwortmöglichkeit wurden herausgenommen; die Fallbeispiele sowie zugehörige Fragen, die bisher auf lediglich einer Seite beschrieben waren, wurden auf Einzelseiten angeordnet, so dass nach der Beantwortung der Fragen für ein Fallbeispiel ein „Weiter“-Button angeklickt werden musste. Zudem wurde eine vorletzte Seite mit einer Frage zur Ernsthaftigkeit der Beantwortung der Fragen eingefügt. Die endgültige Fassung des Fragebogens wurde mit zwei Psychologen diskutiert. Vor allem wurden die einzelnen Items den Dimensionen des Wertekreises von Schwartz (Übersetzung: Strack, 2004, S. 176) zugeordnet.

4. 5. Die Fallbeispiele – Inhalt und ethische Problematik

Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang B. Im Folgenden wird daher der Inhalt lediglich kurz umrissen, um die ethische Problematik im Groben darstellen zu können. Den Fallbeispielen wurden zur vereinfachten Beschreibung Akronyme gegeben, die vor allem beim Beschreiben der Ergebnisse verwendet werden.

4. 5. 1. Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten (LM)

Inhalt – erstes Fallbeispiel: Im ersten Fallbeispiel bittet ein Student eine Allgemeinärztin um ein Medikament zur Steigerung der Gedächtnisleistung, welches er seit längerer Zeit zur Erzielung besserer Prüfungsergebnisse verwendet. Das Medikament hat zum Teil gravierende Nebenwirkungen. Aufgrund der bisherigen Anwendung und einer Tachyphylaxie wären dem Studenten bei den anstehenden Prüfungen nicht einmal normale Leistungen möglich.

Ethische Problematik – erstes Fallbeispiel: Die ethische Problematik des ersten Fallbeispiels kann grob als Konflikt zwischen unterschiedlichen Formen der Schadensvermeidung beschrieben werden. Der Schaden durch das Nichtbestehen der Prüfungen ist gegen die bestehenden und potentiellen Nebenwirkungen abzuwägen. Außerdem sind bei der Entscheidung Aspekte der Gerechtigkeit zu berücksichtigen, unter anderem die Fairness gegenüber den Kommilitonen und die „Besitzstandswahrung“, da der Patient das Medikament bisher regelmäßig von dem verstorbenen Arzt verschrieben bekommen hatte, von dem die Praxis übernommen wurde. Ferner müssen bei der ethischen Betrachtung des Fallbeispiels die Autonomie des Patienten und die Benevolenz gegenüber dem Patienten beachtet werden.

4. 5. 2. Sterilisation einer geistig behinderten Frau (SGB)

Inhalt – zweites Fallbeispiel: Im zweiten Fallbeispiel bittet der Vater einer geistig behinderten und jungen Frau eine Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Seine Tochter wünscht sich ein Kind zu bekommen, obwohl sie nicht in der Lage wäre, es aufzuziehen. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden.

Ethische Problematik – zweites Fallbeispiel: In diesem Fallbeispiel kann als vordergründig der Konflikt zwischen der Autonomie der Patientin und der Schadensvermeidung und Fairness bezüglich des bis jetzt ungezeugten Kindes gelten. Ein weiterer Aspekt ist die Schadensvermeidung sowohl gegenüber der geistig behinderten Frau als auch gegenüber ihren Eltern. Falls die geistig behinderte Frau infolge der unterlassenen Sterilisation ein Kind bekäme, könnte ihr das Kind aufgrund der möglicherweise von ihr ausgehenden Kindeswohlgefährdung entzogen werden, sodass eventuell ihre Eltern das Enkelkind gegen deren Willen aufziehen müssten. Die Unterlassung der Sterilisation hätte entsprechend negative Folgen sowohl für die geistig behinderte Frau als auch für ihre Eltern. Andererseits würde die geistig behinderte Frau ebenfalls unter den Nebenwirkungen sowie der Irreversibilität der Sterilisation leiden.

4. 5. 3. Suizidaler depressiver Patient (SD)

Inhalt – drittes Fallbeispiel: Im dritten Fallbeispiel besteht für eine Psychotherapeutin die Möglichkeit, einen wahrscheinlich unheilbar depressiven und suizidalen Klienten ohne weitere rechtliche Konsequenzen aus der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie zu entlassen, damit er sich suizidieren kann. Die Kollegen der Psychotherapeutin befürworten dieses Vorgehen trotz gleicher Prognose nicht. Die letzte depressive Episode des Klienten dauert seit zwei Jahren an, ebenso äußert der Patient seit langer Zeit Suizidwünsche. Die einzige Angehörige des Patienten, seine Schwester, befürwortet den Suizid.

Ethische Problematik – drittes Fallbeispiel: In diesem Fallbeispiel besteht der ethische Hauptkonflikt aus mehreren Facetten. Zum einen sind unterschiedliche Formen der Schadensvermeidung gegeneinander zu valenzieren. Auf der einen Seite steht der Schaden, der durch die fortbestehende unbehandelbare Depression des Patienten entsteht, falls er zum Leben gezwungen wird. Auf der anderen Seite steht der Schaden, der sich aus der Beendigung des Lebens und der damit einhergehenden (wenn auch geringen) Chance auf Genesung ergibt. Weiter wird der ethische Konflikt durch die Einschränkung der Autonomie des Patienten angereichert, diese tritt bei der Verhinderung des Suizides ein, da er an der Ausführung seines Willens gehindert wird; beim Suizid kommt seine Autonomie vollständig zum Erliegen.

4. 5. 4. Privatpatient bittet um Psychoanalyse (PP)

Inhalt – viertes Fallbeispiel: Im vierten Fallbeispiel bittet ein finanziell gut situerter Rentner eine Psychoanalytikerin um eine Psychoanalyse, um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile zu erlangen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, das die Psychoanalyse indizieren würde, müsste er sie selbst zahlen. Bekannt ist, dass Psychoanalysen, genauso wie andere psychologische Interventionen, bestimmte Nebenwirkungen haben können.

Ethische Problematik – viertes Fallbeispiel: Daraus ergibt sich ein Prima-facie-Dilemma aus der Benevolenz gegenüber dem selbsttranszendenten (Strack, 2004, S. 176) Ansinnen des Klienten sowie dessen Autonomie und der Schadensvermeidung durch mögliche Nebenwirkungen, die auch seine Familienangehörigen betreffen können.

4. 5. 5. Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin (MB)

Inhalt – fünftes Fallbeispiel: Im fünften Fallbeispiel wird eine Psychotherapeutin in Ausbildung von einer Bekannten darüber informiert, dass sie die Therapie bei dem Therapeuten abgebrochen habe, den die Psychotherapeutin in Ausbildung ihr empfohlen hat, nachdem es zwischen ihnen während der Therapiestunden zu sexuellen Handlungen gekommen sei, und dass es ihr jetzt schlechter gehe als zuvor. Die Psychotherapeutin in Ausbildung fragt ihre Bekannte daraufhin, ob sie den Therapeuten bezüglich des Vorfalls zur Rede stellen dürfte; ihre Bekannte antwortet, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls die Psychotherapeutin in Ausbildung es für richtig halte. Der ehemalige Therapeut der Bekannten ist gleichzeitig Ausbilder der Psychotherapeutin, bei dem sie auch noch Prüfungen absolvieren werden muss.

Ethische Problematik – fünftes Fallbeispiel: In diesem Beispiel drängt sich die Frage nach retributiver und restitutiver Gerechtigkeit auf. Beide können allerdings kaum von der Psychotherapeutin in Ausbildung selbst hergestellt werden. Daher verbleibt der Konflikt zwischen der prospektiven Schadensvermeidung an weiteren potentiellen Opfern des Therapeuten und der Autonomie der Bekannten, die ihre Zustimmung zum Ansprechen des Vorfalls nicht gerne gibt. Zudem ergibt sich ein praktisches Dilemma zwischen dem Interesse der Psychotherapeutin in Ausbildung, ihren Prüfer nicht zu verärgern, bei dem sie ihre Prüfungen gut abschließen möchte, und der prospektiven Schadensvermeidung.

4. 5. 6. Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin (CH)

Inhalt – sechstes Fallbeispiel: Im sechsten Fallbeispiel möchte ein Patient von seinem Hausarzt die Ursache des Todes seiner kürzlich an Chorea Huntington verstorbenen Mutter wissen. Die Mutter, ehemals ebenfalls in Behandlung des Hausarztes, wollte niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen. Ihr Sohn möchte mit seiner Frau in naher Zukunft Kinder haben.

Ethische Problematik – sechstes Fallbeispiel: Da sich der Krankheitsbeginn von Chorea Huntington nicht verzögern lässt, ließe sich durch die Aufklärung kein Schaden am Patienten vermeiden. Jedoch wäre es dem Patienten möglich, das Risiko für seine potentiellen Kinder abzuwägen, ebenfalls an Chorea Huntington zu erkranken, und seine Familienplanung zu überdenken. Diese Schadensvermeidung und die autonome Lebensplanung des Patienten durch die Aufklärung stehen dem autonomen Willen der Mutter und dementsprechend der gesetzlich verankerten Schweigepflicht des Arztes gegenüber.

4. 6. Geplante Auswertung der mit dem Fragebogen erhobenen Daten

Im Folgenden sollen die Schritte der geplanten Datenauswertung zur Beantwortung der im Abschnitt 3. 3. gestellten Forschungsfragen geschildert werden. Falls tatsächlich situationsübergreifende Faktoren extrahiert werden können, wie entsprechend der ersten Forschungsfrage untersucht werden soll, muss anschließend eruiert werden, ob sie Varianz von Entscheidungen aufklären können. Dazu wird ein Fallbeispiel vom Extraktionsversuch vollständig exkludiert, um anschließend gegebenenfalls die Prognostizität der extrahierten Faktoren anhand der Entscheidung bezüglich des exkludierten Fallbeispiels testen zu können. Da die Situationsmerkmalsbewertungen, aus denen die Faktoren extrahiert werden, vermutlich auch mittelbar über andere Faktoren als Werthaltungen in Zusammenhang mit den zugehörigen Entscheidungen stehen, sollten diese Entscheidungen nicht mehr zur Prognostizitätsabschätzung herangezogen werden.

Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die Situationsmerkmalsbewertungen: Die erste Forschungsfrage impliziert zunächst, wie schon im Abschnitt 3. 3. erörtert, dass

prinzipiell ein Zusammenhang zwischen den Situationsmerkmalsbewertungen und den Entscheidungen besteht. Sonst wäre der Versuch, aus Situationsmerkmalsbewertungen Entscheidungen zu prognostizieren, hinfällig. Das lässt sich mittels einer multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen überprüfen. Damit ließe sich zugleich die zweite Forschungsfrage beantworten.

Faktorenanalyse über mehrere Fallbeispiele: Da prinzipiell die Möglichkeit besteht, dass Werthaltungen, ungeachtet weiterer potentieller Faktoren, auf die Situationsmerkmalsbewertungen so starken Einfluss nehmen, dass die zu bestimmten Werthaltungen korrespondierenden Items in einer Faktorenanalyse über mehrere Fallbeispiele eigene Faktoren bilden, soll zunächst über die ethisch relevanten Items von fünf Fallbeispielen eine Faktorenanalyse berechnet werden. Die Faktorstruktur gibt Aufschluss über die weiteren notwendigen Schritte der Datenauswertung. Ergeben sich situationsübergreifende Faktoren, stellen sich die Fragen, inwieweit diese als Werthaltungen interpretiert werden können und wie viel Varianz sie an Entscheidungen aufklären können. Resultieren keine fallbeispielübergreifenden Faktoren, wird das im Folgenden beschriebene Verfahren angestrebt.

Zwei Faktoren pro Fallbeispiel: Die Formulierung der ersten Forschungsfrage impliziert weiterhin, dass es situative Einflüsse gibt, wie die bereits hypostasierte intuitive Bewertung der antizipierten, postaktionalen Zustände, die sich unspezifisch auf die Bewertung der Situationsmerkmale auswirken. Da in den verwendeten Fallbeispielen lediglich zwei Handlungsmöglichkeiten (bzw. die Durchführung einer Handlung und deren Unterlassung) bestehen, deren absolute Bewertungen nicht zwangsläufig interdependent sind, sollten die Items eines Fallbeispiels, falls sich die intuitive Bewertung der einzelnen Handlungsoptionen auf die Bewertung der Informationen auswirkt, auf zwei (gegebenenfalls obliquen) Faktoren laden, die dann entsprechend der Parallelanalyse nach Horn (1965) zu extrahieren sind und deren Faktorladungen der hypostasierten Zuordnung entsprechen sollten (vgl. Anhang E). Prinzipiell kann zwar eine in den Fallbeispielen gegebene Information einer der vier Kategorien „pro Durchführung der Handlung“, „contra Durchführung der Handlung“, „pro Unterlassung der Handlung“ und „contra Unterlassung der Handlung“ zugeteilt werden, da allerdings, wie im Abschnitt 3. 2. 9. 2. begründet und durch Voruntersuchungen (vgl. Anhang D) untermauert, die Kategorien „pro Durchführung der Handlung“ und „contra Unterlassung der Handlung“ als

zusammengehörig wahrgenommen werden, wie auch ebenfalls die Kategorien „pro Unterlassung der Handlung“ und „contra Durchführung der Handlung“, sollten die Items trotzdem nur auf zwei Faktoren laden. Dabei sollte die Faktorstruktur der im Anhang E begründeten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen entsprechen. Falls die Items lediglich ihrer Entscheidungs- bzw. „Meinungskonformität“ (Lind, 1985b, S. 76) entsprechend geratet werden, sollte sich pro Fallbeispiel nur ein Faktor ergeben, genauso, falls konform zur Dissonanztheorie die Situationsmerkmalsbewertungen bloß entscheidungsbestätigend bewertet werden.

Extraktion eines Faktors pro Handlungsoption: Damit die fallbeispielspezifischen Einflüsse herauspartialisiert werden können, muss zunächst für jede Handlungsoption eine Faktorenanalyse berechnet und ein Faktor extrahiert werden. Diese Faktoren sollen im Folgenden Handlungsoptionsfaktoren genannt werden. Ob die Extraktion lediglich eines Faktors pro Handlungsoption Sinn macht, kann wiederum die Parallelanalyse nach Horn (1965) klären. Da so für jedes Fallbeispiel zwei unabhängige Faktorenanalysen berechnet werden, können die extrahierten Faktoren selbstverständlich miteinander korrelieren. Falls sie allerdings sehr hoch miteinander korrelieren, macht die unabhängige Extraktion von zwei Faktoren keinen Sinn, daher kann anhand der Korrelationen abermals überprüft werden, ob gegebenenfalls die Extraktion eines Faktors pro Fallbeispiel ausreicht.

Multiple Regressionen – Entscheidung, Intuition: In dem Zusammenhang sind die multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zwei pro Fallbeispiel extrahierten Faktoren interessant. Durch diese multiplen Regressionen ließe sich abschätzen, wie viel Varianz der Entscheidung durch die mutmaßlichen intuitiven Bewertungen der möglichen Handlungsausgänge erklärt werden kann. Im Vergleich mit den vorher berechneten multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die Situationsmerkmalsbewertungen ließe sich abschätzen, wie gut die zwei Faktoren die Ratings der Situationsmerkmale in Bezug auf ihre Vorhersagekraft bezüglich der Entscheidung zusammenfassen.

Explorative Faktorenanalysen der Residuen der Regressionen der Situationsmerkmale auf die extrahierten Faktoren: Um anschließend den potentiellen Effekt der Werthaltungen bzw. fallbeispielübergreifender Faktoren ohne den Einfluss der intuitiven Bewertungen der Handlungsoptionen auf die Ratings der Situationsmerkmale explorativ untersuchen zu können, können die Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbeurteilungen auf

den jeweils einen zugehörigen Handlungsoptionsfaktor berechnet werden, um mit diesen Residuen eine explorative Faktorenanalyse durchzuführen. Das bedeutet, dass der Einfluss der hypostasierten unbewussten Faktoren herauspartialisiert wird, um anschließend die Residuen explorativ untersuchen zu können und um zu eruieren, ob es situationsübergreifend wirksame Faktoren gibt und wenn ja, wie viel Varianz der Entscheidungen sie aufklären können.

Unbeabsichtigte Herauspartialisation von Werten: Um sicherzustellen, dass nicht versehentlich Werthaltungen herauspartialisiert wurden, kann die Korrelation jedes Handlungsoptionsfaktors mit den Residuen der Items anderer Fallbeispiele auf Signifikanz überprüft werden, wobei allerdings die Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeit am besten nach der Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) herabgesetzt werden sollte. Entsprechend der Theorie enthalten die Situationsmerkmalsbewertungen möglicherweise sowohl situationsbedingte Einflüsse als auch situationsübergreifende, die Handlungsoptionsfaktoren hingegen sollen allerdings lediglich situationsbedingte Einflüsse beinhalten. Die Residuen der Regressionen auf die Handlungsoptionsfaktoren sollten damit weitgehend von den situativen Einflüssen bereinigt sein und entsprechend nicht mehr wesentlich mit den Handlungsoptionsfaktoren fremder Fallbeispiele korrelieren. Falls ein Handlungsoptionsfaktor dennoch mit mehreren Residuen anderer Fallbeispiele signifikant korreliert, sollte überprüft werden, ob ein substanzieller Anteil Varianz geteilt wird und ob sich der Zusammenhang auf eine *Werthaltung* zurückführen lässt, was allerdings nicht der Fall sein sollte, da darauf geachtet wurde, dass die Informationen für eine Handlungsoption in Bezug auf die möglichen korrespondierenden Werthaltungen möglichst heterogen sind.

Explorative Faktorenanalyse – Werthaltungen? Über die Residuen der Regressionen wird dann anschließend eine explorative Faktorenanalyse berechnet, um zu eruieren, ob es fallbeispielübergreifende Faktoren gibt, diese Varianz an den Entscheidungen aufklären und ob sie als Werthaltungen interpretiert werden können.

Multiple Regression der Entscheidung auf die Werthaltungsfaktoren: Wie viel Varianz die potenziellen Werthaltungsfaktoren an Entscheidungen aufklären, ist anhand einer multiplen Regression der Entscheidung bezüglich des von der bisherigen Datenauswertung ausgeschlossenen Fallbeispiels auf die extrahierten situationsübergreifenden Werthaltungsfaktoren beurteilbar. Die Signifikanzteste und Vertrauensintervalle zu den

Regressionsgewichten geben dann Aufschluss darüber, welche Werthaltung überhaupt signifikanten Einfluss besitzt – und die Gewichte, wie viel Einfluss ihnen zukommt.

Zusammenhang deskriptive vs. präskriptive Aussagen: Um die dritte Forschungsfrage zu beantworten, ist es notwendig, die Aussagen, die im zweiten Teil des Fragebogens gemacht werden, mit den entsprechenden aus dem dritten Teil des Fragebogens in Beziehung zu setzen. Da die lineare Korrelation nur ein sehr generalisiertes Maß für Zusammenhänge ist und keine Auskunft über potentielle Trends wiedergeben kann, falls beispielsweise alle Probanden, gleichgültig, ob sie sich selbst für die Handlung oder deren Unterlassung entschieden, präskriptiv stärker das Unterlassen favorisieren, sollen die Kennwerte der Differenzverteilungen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen dargestellt werden.

4. 7. Stichprobenumfangsplanung

Die zur Datenauswertung verwendeten Verfahren sind Korrelationen, Regressionen, multiple Regressionen und Faktorenanalysen. Multiple Regressionen und Faktorenanalysen benötigen die höchsten Stichprobenumfänge. Zur benötigten Stichprobengröße bei Durchführung einer multiplen Regression werden unterschiedliche Angaben gemacht, je nachdem, ob die zur Berechnung der multiplen Regression oder zur Signifikanzprüfung notwendige Stichprobengröße kalkuliert werden soll. So schreibt beispielsweise Baltés-Götz (2005): „In einem Modell mit k Regressoren muss N größer als $(k + 1)$ sein.“ (S. 46). Nach Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2003, S. 113) sollte die Zahl der Beobachtungen doppelt so groß sein wie die Anzahl der Variablen in der Regressionsgleichung. Nach diesen Angaben ermittelte Stichprobengrößen reichen wahrscheinlich nicht zur Signifikanzprüfung aus. Hingegen sollte Cohens (1977, S. 439) Formel $N = (L (1 - R^2) / R^2) + u + 1$, bei der L der Nonzentralitätsparameter als Funktion der Power und u die Anzahl der Prädiktoren ist, sowie Schubö, Hagen und Oberhofers (1983, S. 267) Formel zur Stichprobengrößenberechnung $N = (c + (d K - e)^{0,5}) (1 - R^2) / R^2 + K + 1$, bei der c , d und e Koeffizienten zur näherungsweisen Berechnung des Nonzentralitätsparameters L sind und K die Anzahl der Prädiktoren ist, zur Signifikanzprüfung ausreichend große Stichprobenumfänge ergeben. Wenn von einem erwarteten R^2 von 0,1 ausgegangen wird, ein Signifikanz-Niveau von 0,01 angelegt wird, eine Power von 0,95 erreicht werden soll und die multiple Regression mit 13 Regressoren

berechnet wird, dann ist nach Cohen (1977) ein $N = (33,85 (1 - 0,1) / 0,1) + 13 + 1 \approx 319$ und nach Schubö, Hagen und Oberhofer (1983) ebenfalls ein $N = (13,85 + (32,15 * 13 - 17,83) ^{0,5}) (1 - 0,1) / 0,1 + 13 + 1 \approx 319$ notwendig. Aufgrund dieser Berechnungen wird eine Stichprobe von 400 Probanden angestrebt. GPOWER (Version 2.0, Erdfelder, Faul & Buchner, 1996) berechnet für dieselben Kennwerte ($f^2 = 0,1$) ebenfalls eine Stichprobengröße von $N = 319$.

Zur Stichprobengröße, die zur Berechnung einer Faktorenanalyse benötigt wird, schreiben Bühner (2011, S. 345), Stevens (2002, S. 395), Guadagnoli und Velicer (1988, S. 271), Bortz (1999, S. 507-508), Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 331) und Revenstorf (1976, S. 287) divergierende Auffassungen, wobei allerdings eine Stichprobe von über 400 in der Regel als groß angesehen wird. Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 331) beispielsweise sind der Auffassung, dass die Fallzahl mindestens dem Dreifachen der Variablenzahl entsprechen sollte. Guadagnoli und Velicer (1988, S. 271) schreiben, dass entgegen den gängigen Empfehlungen lediglich die Stichprobengröße und nicht die Variablenanzahl Einfluss auf Stabilität einer Faktorenlösung hat. Anschließend schreiben sie (Guadagnoli & Velicer, 1988, S. 274) einer Faktorenlösung Reliabilität zu, wenn die Stichprobe 150 Beobachtungen umfasst und in der Planungsphase mehr als neun Variablen einem vermuteten Faktor zugeordnet wurden, wenn unabhängig von der Stichprobengröße auf jedem Faktor mehr als drei Variablen höher als 0,6 laden, oder wenn auf jedem Faktor zwischen zehn und zwölf Variablen über 0,4 laden und die Stichprobe größer als 300 Beobachtungen ist. Falls eine Faktorenlösung nur wenige niedrige Ladungen auf den einzelnen Faktoren aufweist, sollte die Faktorenlösung auch bei einer Stichprobe größer als 300 Beobachtungen repliziert werden. Stevens (2002, S. 395) und Bortz (1999, S. 507-508) übernehmen die Auffassung von Guadagnoli und Velicer (1988), dass Faktoren mit mehr als drei Ladungen über 0,6 gleichgültig der Stichprobengröße reliabel sind, Faktoren mit mehr als neun Ladungen über 0,4 bei einer Stichprobengröße von 150 reliabel sind und dass Faktoren mit lediglich einigen wenigen Ladungen nicht interpretiert werden sollten, falls die Stichprobe kleiner als 300 sei. Bühner (2011, S. 345) hält ein N von 200 für befriedigend, ein N von 300 für gut und eine Stichprobengröße über 500 für sehr gut. Die angestrebte Stichprobengröße von 400 Beobachtungen sollte dementsprechend zu einer reliablen Faktorenlösung führen, falls die Ladungen nicht sehr gering ausfallen.

5. Ergebnisse

or maybe it was all my imagination in the first place
(Kohlberg, 1980, S. 27)

Im folgenden Kapitel wird zunächst auf die Zusammensetzung der Stichprobe eingegangen und die Rücklaufquote berechnet. Anschließend werden die vollständigen Datensätze deskriptiv ausgewertet. Um die Forschungsfrage zu beantworten, werden die Daten zunächst normalisiert und daraufhin mittels Regressionen, multiplen Regressionen und Faktorenanalysen, wie im vorausgegangenen Kapitel beschrieben, ausgewertet.

5. 1. Rücklauf und Zusammensetzung der Stichprobe

Der Rücklauf: Wie im Abschnitt 4. 2. beschrieben, wurde in der Rekrutierungs-E-Mail darum gebeten, auf den angeführten Link zu klicken, falls der Leser nicht gewillt war, den Fragebogen auszufüllen. Der Link führte zu einer Seite mit einem Counter. Der Link wurde bis zum Abschluss der Erhebung 321 Mal angeklickt.

Insgesamt haben von den 691 Probanden, die sich die ersten beiden Seiten des Fragebogens angeschaut haben, 429 Probanden ihn vollständig ausgefüllt. Von diesen 429 Probanden haben acht Probanden angegeben, sie seien weder Medizinstudierender, Psychologiestudierender, Psychologe noch Mediziner, und wurden daher nicht in die Datenauswertung mit einbezogen. Entsprechend erfolgte die Auswertung der Daten anhand von 421 vollständigen Datensätzen. Von den 262 Probanden, die den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben, gaben zwölf Probanden an, sie seien weder Medizinstudierender, Psychologiestudierender, Psychologe noch Mediziner. Insgesamt gehörten damit 20 Probanden nicht der Zielgruppe an. Im Folgenden wird die Stichprobe abzüglich dieser 20 Personen die Gesamtstichprobe genannt. Von 41 Probanden fehlen jegliche Daten.

Der minimale Rücklaufquotient, bei dem lediglich vollständige Datensätze der Zielgruppe als Response gewertet werden, beträgt somit $421 / (421 + 250 + 321) = 0,424$. Werden auch unvollständige Datensätze der Zielgruppe als Response gewertet, beträgt der Rücklaufquotient $(421 + 250) / (421 + 250 + 321) = 0,676$. Da diese Form, die abgelehnten

Anfragen über einen anzuklickenden Link zu erheben, bisher nicht wissenschaftlich untersucht wurde, können die Berechnungen nicht als reliabel betrachtet werden. Die erhobene Anzahl der Ablehnungen ist zwangsläufig lediglich ihre minimale Anzahl und somit der berechnete Rücklauf der maximale Rücklauf.

Geschlechterverteilung: 463 Probanden der Gesamtstichprobe (der Zielpopulation), die Angaben zu ihrem Geschlecht gemacht haben, sind weiblich und 167 Probanden männlich. 145 Probanden, deren Datensätze nicht vollständig sind, kreuzten ein weibliches Geschlecht an und 64 ein männliches. Es fehlen die Angaben von 41 Probanden zu ihrem Geschlecht. Die vollständigen Datensätze stammen von 318 Frauen und 103 Männern. Der Frauenanteil an den vollständigen Datensätzen liegt damit bei 75,5 Prozent und der Männeranteil entsprechend bei 24,5 Prozent. Demzufolge haben maximal 68,7 Prozent der weiblichen Probanden, die den Fragebogen begonnen haben, ihn auch beendet. Bei den Probanden, die ein männliches Geschlecht angekreuzt haben, sind es maximal 61,7 Prozent.

Altersverteilung: Der Altersdurchschnitt der Probanden in der Gesamtstichprobe beträgt 24,5 Jahre bei einer Standardabweichung von 5 Jahren. Von 41 Probanden fehlen die Angaben zu ihrem Alter. Die 209 Probanden, die den Fragebogen nur zum Teil ausgefüllt haben, sind durchschnittlich 24,1 Jahre alt. Die Standardabweichung beträgt 4,9. Dabei sind zwei Werte unglaubwürdig (1 und 11 Jahre). Die vollständigen Datensätze weisen einen Altersdurchschnitt von 24,7 Jahren bei einer Standardabweichung von 5,1 auf. Dabei beträgt das minimale Alter 17 Jahre, der älteste Proband ist 53 Jahre alt.

Berufszugehörigkeit: Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 164 Medizinerinnen, 55 Psychologen, 109 Psychologiestudierenden, 302 Medizinstudierenden und 41 Probanden zusammen, die keine Angaben zu ihrem Beruf machen. Abgesehen von diesen 41 Probanden haben 77 Mediziner, 18 Psychologen, 28 Psychologiestudierende und 86 Medizinstudierende den Fragebogen unvollständig ausgefüllt. Die vollständigen Datensätze stammen von 87 Medizinerinnen, 37 Psychologen, 81 Psychologiestudierenden und 216 Medizinstudierenden. Demzufolge haben maximal 53 Prozent der Medizinerinnen, 67,3 Prozent der Psychologen, 74,3 Prozent der Psychologiestudierenden und 71,5 Prozent der Medizinstudierenden, die den Fragebogen begonnen haben, ihn auch beendet.

Anzahl der bisher studierten Semester respektive der Berufsjahre: Auf die Fragen nach den Jahren Berufserfahrung respektive Semesteranzahl konnte kein Antwortzwang gelegt werden, daher sind diese Angaben trotz sonstiger Vollständigkeit der Datensätze zum Teil nicht erfolgt. Von den Medizinerinnen, die den Fragebogen vollständig ausfüllten, machten nur 27 von 87 Probanden zur Dauer ihrer Berufserfahrung eine Angabe. Der aus diesen Angaben berechnete Durchschnitt beträgt 2,1 Jahre Berufserfahrung, wobei ein Ausreißer mit 26 Jahren Berufserfahrung den Durchschnitt stark hebt. Ohne den Ausreißer liegt der Durchschnitt bei 1,2 Jahren Berufserfahrung und einer Standardabweichung von 1,1 Jahren. Es ist fraglich, ob diese Werte reliabel sind. Wie zu erwarten, ist die Verteilung der Jahre Berufserfahrung linkssteil. Von den Psychologinnen, die den Fragebogen vollständig ausfüllten, machten 26 von 37 Probanden Angaben zu ihrer Berufserfahrung. Im Mittel beträgt sie 1,7 Jahre bei einer Standardabweichung von 1,5. Auch bei den Psychologinnen ist die Verteilung der Jahre Berufserfahrung linkssteil. Alle Medizinstudierenden, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, gaben die bisher studierte Semesteranzahl an. Sie beträgt im Durchschnitt 5,6 Semester bei einer Standardabweichung von 3,7 Semestern. Auch diese Verteilung ist linkssteil, wobei die Verteilung ein typisches Muster aufweist, bei dem jeder zweite Wert weit geringer ist als der vorausgehende, was dadurch zu erklären ist, dass die meisten Universitäten das Studium mit dem Wintersemester beginnen lassen. Außer einem haben alle übrigen Psychologiestudierenden, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, Angaben zu der bisher studierten Semesteranzahl gemacht. Der Mittelwert beträgt 6,7 Semester bei einer Standardabweichung von 4 Semestern. Auch diese Verteilung ist, wie zu erwarten, linkssteil und weist das für Semesterdaten typische Muster auf.

Die Befürchtung, dass Studierende niedriger Semester eher die Beantwortung des Fragebogens abbrechen als Studierende, die bereits weiter im Studium vorgeschritten sind, da sie sich eventuell den Fallbeispielen nicht gewachsen fühlen, bestätigt sich nicht. 27 der 28 Psychologiestudierenden, die den Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben, machten Angaben zur bisher studierten Semesteranzahl. Der Durchschnitt liegt bei 6,9 Semestern und die Standardabweichung bei 4,2. Ein Mittelwertvergleich zwischen der Anzahl der studierten Semester der Probanden mit vollständigen Datensätzen und derer mit unvollständigen Datensätzen weist einen T -Wert von $-0,194$ bei 105 Freiheitsgraden und damit eine zweiseitige (Nicht-)Signifikanz von $0,847$ auf. Der Levene-Test auf Varianzgleichheit wird ebenfalls nicht signifikant. Von den Medizinstudierenden, die den

Fragebogen nicht vollständig ausgefüllt haben, gaben 85 von 86 die bisher studierte Semesteranzahl an. Der zugehörige Mittelwert beträgt 5,1 bei einer Standardabweichung von 4,2. Der Mittelwertsvergleich zwischen den Medizinstudierenden, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, und denen mit unvollständigen Datensätzen ergibt einen *T*-Wert von -0,895 bei 299 Freiheitsgraden und wird mit einer zweiseitigen Signifikanz von 0,371 ebenfalls nicht signifikant. Die Varianzen unterscheiden sich nach dem Levene-Test nicht signifikant.

Im Folgenden werden nur noch Angaben zu den vollständigen Datensätzen berichtet.

Wohnort: Die Wohnorte der Probanden mit vollständigen Datensätzen streuten hauptsächlich über die Bundesrepublik Deutschland. 27 der Mediziner waren zum Erhebungszeitpunkt in Aachen sesshaft, 25 in Greifswald, 10 in Köln, 4 in Leipzig und 2 in HWG (die Abkürzung konnte keinem Ort zugeordnet werden). Jeweils ein Mediziner wohnt in Bergheim bei Köln, Bonn, Dortmund, Dresden, Fulda, Lüneburg, Luzern, Münster, Much, Norden, Plauen, Potsdam, Rostock, Soest, Villingen-Schwenningen, Weimar, York, Zürich und Zwickau. 11 der Psychologen wohnten zum Erhebungszeitpunkt in Berlin, 5 in Freiburg, jeweils 2 in Heidelberg, Osnabrück und Stuttgart. Jeweils ein Psychologe war im Bühlertal, in Mosbach, Bonn, Boston (MA), Cloppenburg, Esslingen, Frankfurt, Freudenstadt, Ingolstadt, Kiel, Mannheim, Recke, Tübingen, Trier und Wien ansässig. Von den Psychologiestudierenden waren zum Erhebungszeitpunkt 14 in Berlin, 9 in Trier, 6 in Tübingen, 5 in Darmstadt, 5 in Heidelberg und 3 in Münster sesshaft. Jeweils ein Psychologiestudierender wohnte in Bochum, Dresden, Esslingen, Frankfurt, Freiburg, Hamm, Hermeskeil, Konstanz, München, Melle bei Osnabrück, Potsdam / Berlin, Teltow und einer in xxx (was keinem Ort zugeordnet werden konnte). 80 der Medizinstudierenden gaben als Wohnsitz Aachen an, 52 Greifswald, 48 Köln, 9 Bonn, 7 Rostock, 5 Leipzig, jeweils einer Bergisch Gladbach, Düren, Engelskirchen, Erfurt, Geilenkirchen, Herzogenrath, HGW, Jena, Leverkusen, Lubmin, Osnabrück, Stralsund, Wesseling, Würselen und einer gab an, momentan ohne Wohnsitz zu sein.

Zusammenhang Geschlechterverteilung und Berufszugehörigkeit: Von den 87 Mediziner, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, sind 58 weiblich und 29 männlich, das entspricht 66,7 Prozent Frauen und 33,3 Prozent Männern in dieser Teilstichprobe. Die 37

Probanden umfassende Teilstichprobe der Psychologen beinhaltet 33 weibliche Probanden und 4 männliche. Dies entspricht einem Verhältnis von 89,2 Prozent Frauen zu 10,8 Prozent Männern. Die 81 Psychologiestudierenden teilen sich auf in 70 weibliche und 11 männliche Probanden. Somit sind 86,4 Prozent Psychologiestudierende weiblich und 13,6 Prozent männlich. Von den 216 Medizinstudierenden sind 157 und damit 72,7 Prozent weiblich, 59 Medizinstudierende sind männlich, was 27,3 Prozent entspricht.

Das Statistische Bundesamt berichtet für das Wintersemester 2008/2009, in dem auch die Befragung stattfand, von insgesamt 79376 Medizinstudierenden, von denen 48644 (61,3 Prozent) weiblich sowie 30732 (38,7 Prozent) männlich sind, zudem von 35153 Psychologiestudierenden, von denen 27193 (77,4 Prozent) weiblich und 7960 (22,6 Prozent) männlich sind. Die Tendenz der Geschlechterverteilung in der Stichprobe entspricht also der der Gesamtpopulation. Weibliche Teilnehmer sind vermutlich in allen Teilstichproben gegenüber der Gesamtpopulation unbeträchtlich überrepräsentiert.

Zusammenhang Altersverteilungen nach Berufszugehörigkeit: Die Altersverteilung unter den Medizinern, die den Fragebogen vollständig ausgefüllt haben, hat einen Mittelwert von 24,6 Jahren bei einer Standardabweichung von 4,6. Dabei haben auch recht junge Probanden angegeben, sie seien Mediziner (zwei 18-jährige, zwei 19-jährige, acht 20-jährige und 13 21-jährige), was m. E. die Angabe über die ausgeführte Tätigkeit infrage stellt und somit von mehreren der Probanden, die angekreuzt haben, sie seien Mediziner, anzunehmen ist, dass sie Medizinstudierende sind. Der Altersmittelwert der Psychologen liegt bei 29,3 Jahren bei einer Standardabweichung von 6,8. Bei den Psychologiestudierenden liegt der Altersdurchschnitt bei 26,5 Jahren und einer Standardabweichung von 7,1. Die Medizinstudierenden weisen einen Altersmittelwert von 23,3 Jahren auf und eine diesbezügliche Standardabweichung von 3.

Da die Zuordnung von Medizinern und Medizinstudierenden nicht eindeutig erfolgen kann, wurden die Altersmittelwerte von Medizinern und Medizinstudierenden berechnet und mit dem Altersmittelwert von Psychologen und Psychologiestudierenden verglichen. Mediziner und Medizinstudierende in der Stichprobe sind durchschnittlich 23,7 Jahre alt bei einer Standardabweichung von 3,6. Psychologen und Psychologiestudierende weisen einen Altersdurchschnitt von 27,4 Jahren bei einer Standardabweichung von 7,1 auf. Beim durchgeführten *t*-Test wird der Levene-Test auf Varianzgleichheit signifikant. Der *T*-Wert

unter der Bedingung, dass die Varianzen nicht gleich sind, beträgt $-5,378$ bei $140,785$ Freiheitsgraden und einer Signifikanz von $0,000$ bei einer zweiseitigen Signifikanzprüfung.

Zusammenhang Altersverteilungen nach Geschlecht: Die weiblichen Probanden waren, bei einer Standardabweichung von $5,3$, im Durchschnitt $24,6$ Jahre alt, die männlichen Probanden 25 Jahre bei einer Standardabweichung von $4,7$.

Zusammenhang Altersverteilung abhängig vom Geschlecht und Berufszugehörigkeit: Betrachtet man die Altersverteilungen der Probanden abhängig vom Geschlecht und Berufszugehörigkeit, ergibt sich ein Mittelwert von $24,4$ Jahren für die weiblichen Mediziner bei einer Standardabweichung von 5 und ein Mittelwert von $25,1$ Jahren für die männlichen Mediziner bei einer Standardabweichung von $3,6$. Die weiblichen Psychologen weisen einen Altersmittelwert von 29 Jahren und eine Standardabweichung von 7 auf, die männlichen Psychologen ein durchschnittliches Alter von 32 Jahren bei einer Standardabweichung von $2,9$.

Die weiblichen Psychologiestudierenden sind im Durchschnitt $25,8$ Jahre alt bei einer Standardabweichung von $6,9$. Die männlichen Psychologiestudierenden sind durchschnittlich $30,6$ Jahre alt und weisen eine Standardabweichung von $7,4$ auf. Das durchschnittliche Alter der weiblichen Medizinstudierenden beträgt $23,3$ bei einer Standardabweichung von $3,2$, das der männlichen Medizinstudierenden $23,4$ mit einer Standardabweichung von $2,6$.

Da, wie erörtert, die Klassifizierung von Medizinerinnen und Medizinstudierenden als nicht trennscharf angenommen wird, wurden die geschlechtsbezogenen Kennwerte der Altersverteilungen von Medizinerinnen und Medizinstudierenden zusammen berechnet. Dabei ergeben sich ein Altersmittelwert von $23,6$ Jahren für weibliche Medizinerinnen und Medizinstudierende bei einer Standardabweichung von $3,8$ und ein Altersmittelwert von 24 Jahren für männliche Mediziner und Medizinstudierende bei einer Standardabweichung von $3,1$. Berechnet man den Altersmittelwert für Psychologen und Psychologiestudierende ebenfalls gemeinsam, weisen die weiblichen Psychologen und Psychologiestudierenden ein durchschnittliches Alter von $26,6$ Jahren bei einer Standardabweichung von $7,1$ auf. Die männlichen Psychologen und Psychologiestudierenden sind im Durchschnitt $30,9$ Jahre alt und weisen eine Standardabweichung von $6,5$ auf. Der Mittelwertvergleich zwischen weiblichen und männlichen Psychologen und Psychologiestudierenden wird bei

einem T -Wert von -2,121 und 116 Freiheitsgraden signifikant (zweiseitige Signifikanz: 0,036). Der Levene-Test auf Varianzgleichheit wird nicht signifikant.

5. 2. Deskriptive Datenauswertung

Inhaltlich relevant ist vornehmlich die deskriptive Datenauswertung der Verteilungen der Differenz zwischen der deskriptiven quantitativen Aussage über die vermutlich selbst vorgenommene Handlung in einer bestimmten Situation und der präskriptiven quantitativen Aussage über die Handlung einer fremden Person in derselben Situation. Dadurch ließe sich entsprechend den Ausführungen im Abschnitt 3. 2. 5. überprüfen, ob eigene Entscheidungen durch weitere Faktoren beeinflusst werden als die moralische Überzeugung, und gleichzeitig die dritte Forschungsfrage beantworten. Ferner ist die deskriptive Auswertung der Verteilungen der deskriptiven und präskriptiven Aussagen interessant, anhand welcher sich eruieren lässt, wie dilemmatisch die Fallbeispiele wahrgenommen wurden. Bezüglich aller anderen erhobenen Variablen findet sich im Anhang G 2 eine Tabelle mit den wichtigsten statistischen Kennwerten, berechnet über alle vollständigen Datensätze. Aus explorativer Perspektive sind die absoluten Entscheidungen und die Bewertungen der Situationsmerkmale interessant. Durchschnittlich wurden für die Beantwortung des Fragebogens 29 Minuten und 48 Sekunden aufgewendet.

Deskriptive Kennwerte der Verteilungen der deskriptiven und präskriptiven Aussagen: Sowohl auf den Skalen zur Erfassung der deskriptiven als auch der präskriptiven Aussagen wurden sämtliche Antwortalternativen angekreuzt. Entsprechend beträgt bei den deskriptiven Aussagen das angekreuzte Minimum -3,5 und das angekreuzte Maximum 3,5 bei einer Abstufung von 1. Bei den präskriptiven Aussagen beträgt das angekreuzte Minimum -4 und 4 das angekreuzte Maximum. Der Mittelwert der deskriptiven Aussage beträgt für das erste Fallbeispiel (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) 1,55, für das zweite Fallbeispiel (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) 0,85, für das dritte Fallbeispiel (Suizidaler depressiver Patient) 1,49, für das vierte Fallbeispiel (Privatpatient bittet um Psychoanalyse) -1,83, für das fünfte Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) -1,26 und für das sechste Fallbeispiel (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) -0,46.

Die Standardabweichung der deskriptiven Aussage beträgt für das erste Fallbeispiel (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) 1,65, für das zweite Fallbeispiel (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) 2,06, für das dritte Fallbeispiel (Suizidaler depressiver Patient) 2,01, für das vierte Fallbeispiel (Privatpatient bittet um Psychoanalyse) 1,66, für das fünfte Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) 1,94 und für das sechste Fallbeispiel (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) 2,35.

Der Mittelwert der präskriptiven Aussage für das erste Fallbeispiel beträgt 2,22, für das zweite Fallbeispiel 0,73, für das dritte Fallbeispiel 1,69, für das vierte Fallbeispiel -1,9, für das fünfte Fallbeispiel -2,03 und für das sechste Fallbeispiel -0,73. Die Standardabweichung der präskriptiven Aussage beträgt für das erste Fallbeispiel 1,77, für das zweite Fallbeispiel 2,3, für das dritte Fallbeispiel 2,23, für das vierte Fallbeispiel 1,82, für das fünfte Fallbeispiel 1,92 und für das sechste Fallbeispiel 2,44. Die Häufigkeitsverteilungen sind augenfällig nicht normalverteilt, manche bimodal, so dass Kurtosis und Schiefe vermutlich nicht bei allen Verteilungen aussagekräftig sind. Die Normal Probability-Probability Plots und trendbereinigten Normal Probability-Probability Plots bestätigen den ersten Sichtbefund.

Die Skalen der deskriptiven und der präskriptiven Aussagen können, wie bereits angemerkt, nicht direkt miteinander verglichen werden. Daher werden hier die Ränge der Mittelwerte der deskriptiven und der präskriptiven Aussagen miteinander verglichen. Für die deskriptiven Aussagen haben die Fallbeispiele absteigend folgende Rangordnung: 1, 3, 2, 6, 5, 4. Die Rangordnung der Fallbeispiele anhand der präskriptiven Aussagen lautet: 1, 3, 2, 6, 4, 5. Dementsprechend haben lediglich die letzten beiden Fallbeispiele die Ränge getauscht.

Items jedes Fallbeispiels mit der extremsten Wertung: Wie bereits angemerkt, ist aus explorativer Perspektive auch die Bewertung der Situationsmerkmale interessant. Da die sicherlich ebenfalls interessante, durchschnittliche absolute Bewertung der Situationsmerkmale im Anhang G 2 nachgelesen werden kann, werden hier die Items jedes Fallbeispiels genannt, die die höchste Abweichung vom Mittelwert aller Items des betreffenden Fallbeispiels aufweisen.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des ersten Fallbeispiels (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) liegt bei 1,394. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Der verstorbene Berufskollege, dessen Praxis die Allgemeinmedizinerin vor wenigen Monaten übernommen hat, hat dem Studenten das Medikament regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,349.
- „Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,338.
- „Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,738.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des zweiten Fallbeispiels (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) liegt bei 0,040. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,656.
- „Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,527.
- „Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung.“ 1,960.
- „Die Klientin würde die Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 2,229.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des dritten Fallbeispiels (Suizidaler depressiver Patient) liegt bei 0,497. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Seine Verfassung wurde in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,082.

- „Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,277.
- „Die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,113.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des vierten Fallbeispiels (Privatpatient bittet um Psychoanalyse) liegt bei -0,288. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,776.
- „Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,561.
- „Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,824.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des fünften Fallbeispiels (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) liegt bei -1,349. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,470.
- „Laut ihrer Bekannten wisse der Therapeut bisher nicht von der Bekanntschaft zwischen ihnen.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 1,325.
- „Der Ausbilder hat die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,195.
- „Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 2,458.

Der Mittelwert der Situationsmerkmalsbewertungen des sechsten Fallbeispiels (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) liegt bei -0,699. Die Items mit den höchsten Abweichungen vom Mittelwert lauten:

- „Seine Mutter hat niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 2,056.
- „Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von -1,719.
- „Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus.“ Mit einer Abweichung vom Mittelwert von 2,994.

Deskriptive Kennwerte der Verteilungen der Differenzen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen: Wie im Abschnitt 4. 6. begründet, werden hier zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage die Kennwerte der Differenzverteilungen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen dargestellt. Da die Skala zur deskriptiven Aussage achtstufig und die der präskriptiven Aussage neunstufig ist, werden zur Differenzermittlung die Werte der präskriptiven Aussagen von denen der deskriptiven Aussagen abgezogen und 0,5 addiert. Es besteht daher zwischen dem Wertepaar eines Probanden bezüglich eines Fallbeispiels mindestens eine Differenz mit dem Betrag 0,5.

Die Verteilungen der sechs Differenzen sind annähernd normalverteilt. Die Kurtosis liegt bei keiner Verteilung über 6 und die Schiefe bleibt unter 1. Die Normal Probability-Probability Plots und trendbereinigten Normal Probability-Probability Plots lassen gute Anpassung an die Normalverteiltheit vermuten. Vier Mittelwerte der sechs Verteilungen weichen signifikant von null ab. Alle *t*-Teste weisen 420 Freiheitsgrade auf. Die Differenzen bezüglich des ersten Fallbeispiels (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) betragen durchschnittlich -0,68 bei einer Standardabweichung von 1,27. Dadurch ergeben sich ein *T*-Wert von -10,95 und eine zweiseitige Signifikanz von 0,000. Der Mittelwert der Differenzen bezüglich des dritten Fallbeispiels (Suizidaler depressiver Patient) beträgt -0,2 bei einer Standardabweichung von 1,26. Es ergeben sich dadurch ein *T*-Wert von -3,3 und eine zweiseitige Signifikanz von 0,001. In Bezug auf das fünfte Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) ergibt sich ein Mittelwert von 0,77 bei einer Standardabweichung von 1,5, woraus ein *T*-Wert von 10,55 und eine Signifikanz von 0,000 resultieren. Hinsichtlich des sechsten Fallbeispiels (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) differieren die beiden Aussagen im Durchschnitt um 0,27 bei einer Standardabweichung von 1,6. Dadurch ergeben sich ein *T*-Wert von 3,46 und eine Signifikanz von 0,001.

Die Werte der Verteilungen reichen mindestens von -4,5 bis 5,5 beim dritten Fallbeispiel (Suizidaler depressiver Patient) und umfassen im letzten Fallbeispiel (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) sowohl die maximale negative Abweichung von -7,5 als auch die maximal mögliche positive Abweichung von 7,5. Im letzten Fallbeispiel gab es dementsprechend sowohl Probanden, die für sich die Handlung vollständig akzeptierten, allerdings anderen Personen die Unterlassung anraten, als auch Probanden, die für sich die Unterlassung der Handlung vollständig akzeptierten, jedoch anderen Personen die Handlung vorschreiben. Diese maximalen Differenzen zwischen deskriptiver und präskriptiver Aussage weisen allerdings nur wenige Datensätze auf. Wie schon die Mittelwerte vermuten lassen, ist das Fallbeispiel mit der höchsten intrasubjektiven Antwortkonstanz bezüglich der deskriptiven und präskriptiven Aussage das vierte (Privatpatient bittet um Psychoanalyse). Bei ihm weisen 76 Prozent der Probanden lediglich die Minstdifferenz von 0,5 bzw. -0,5 auf. 92 Prozent der Probanden weisen beim vierten Fallbeispiel eine Differenz zwischen -1,5 und 1,5 auf, und zwei Prozent weisen eine Differenz mit einem Betrag von 3,5 oder mehr auf. Das darauf folgende Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) weist die höchsten Abweichungen der Probanden auf. Bei ihm weisen 60 Prozent der Probanden die Minstdifferenz von 0,5 bzw. -0,5 auf. 83 Prozent der Probanden weisen eine Differenz zwischen -1,5 und 1,5 auf und drei Prozent weisen eine Differenz mit einem Betrag von 3,5 oder mehr auf.

5. 3. Normalisierung der Daten

Warum Daten normalisieren? Konform zu Mulaik (2010, S. 113ff.) setzt die Faktorenanalyse multivariate Normalverteiltheit der einbezogenen Variablen voraus. Zudem konstatieren Tabachnick und Fidell (2007), dass Normalverteiltheit der einbezogenen Variablen auch bei (multiplen) Regressionen vorteilhaft ist und dass prinzipiell inferenzstatistische Ergebnisse mit abnehmender Normalverteiltheit an Robustheit verlieren. Falls multivariate Normalverteiltheit in einem Datensatz vorliegt, ist Tabachnick und Fidell (2007) zufolge zum einen auch jede einzelne Variable normalverteilt, zum anderen sind ebenfalls die Residuen der Analysen normalverteilt und unabhängig, was für (multiple) Regressionen vorausgesetzt wird (vgl. Jarque & Bera, 1980). Daraus schließen Tabachnick und Fidell (2007), dass prinzipiell die Transformation

jeder einzelnen Variable zu stärkerer Normalverteilttheit als erster Schritt zu multivariater Normalverteilttheit von Vorteil ist, falls nicht gute Gründe dagegen sprechen, beispielsweise die Skalen weithin in Gebrauch sind oder starken empirischen Bezug aufweisen, wie es bei Kilogramm, Minuten oder Metern der Fall ist, deren Interpretation durch eine Transformation erschwert würde. Da diese Ausschlusskriterien auf den Großteil der erhobenen Daten nicht zutreffen, wurde angestrebt, diesen Teil zu normalisieren.

Normalverteilttheit testen: Um die multivariate Normalverteilttheitsannahme zu überprüfen, wäre es notwendig, jede einzelne Variable und alle ihrer möglichen Linearkombinationen auf univariate Normalverteilttheit zu überprüfen. Da das zu aufwendig gewesen wäre, wurden lediglich alle Variablen für sich auf Normalverteilttheit getestet. Da die Stichprobe von über 400 Probanden für den Kolmogorov-Smirnov-, den Shapiro-Wilk- und den Lilliefors-Test zu groß ist, um sinnvolle Ergebnisse zu liefern, wurden Exzess und Schiefe, Häufigkeitshistogramme mit eingefügten Normalverteilungskurven, Normal-Probability-Probability-Diagramme, Normal-Quantile-Quantile-Diagramme und ihre trendbereinigten Äquivalente verwendet, um die univariate Normalverteilttheit der einzelnen Variablen einschätzen zu können.

Normalisierungsprozedere: Um die Daten zu normalisieren, schlagen Rummel (1970, S. 285) sechs bzw. acht und Tabachnick und Fidell (2007, S. 80) sechs Transformationen vor, die anhand von Bildern den empirischen Häufigkeitsverteilungen zugeordnet werden sollen. Bei Unsicherheit schlagen Tabachnick und Fidell (2007) vor, "try first one transformation and then another until you find the transformation that produces the skewness and kurtosis values nearest zero, the prettiest picture, and/or the fewest outliers." (S. 86). Um dieses experimentell anmutende Prozedere zu vermeiden und um mehr Transformationsmöglichkeiten zu erhalten, wurde ein Verfahren zur Normalisierung mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) ausgearbeitet. Dabei wurden die Häufigkeiten für jeden Messwert der diskreten äquidistanten Ausgangsvariablen als die Fälle betrachtet, die in einem bestimmten um den konkreten Messwert liegenden Teilabschnitt einer hypothetischen kontinuierlichen normalverteilten Variable gemessen würden, falls absolut präzise auf der angestrebten korrekt transformierten Skala gemessen würde. Da die Z-Wert-Intervalle für Flächenanteile der Normalverteilung ermittelbar sind, ist die Verteilung der Teilabschnitte dadurch festgelegt. Um möglichst viel Information über die Verteilungsform jedes einzelnen Teilabschnitts beizubehalten, wurde zur Platzierung des zugehörigen Idealwerts näherungsweise der

Mittelwert aus den Werten der Teilabschnitte ermittelt. Über diese Idealwerte wurde mit SPSS eine Kurvenanpassung mit allen verfügbaren Modellen zur Ermittlung der besten Funktion zur Transformation der Daten berechnet. Die Funktion mit der höchsten Signifikanz wurde zur Transformation der ursprünglichen Skala herangezogen.

Bei dem Verfahren ist zu beachten, dass die Idealwerte vor der Kurvenanpassung mit SPSS zu positiven Werten transformiert werden, um zu vermeiden, den Logarithmus, die Wurzel oder inverse Funktion von Null zu berechnen. Zudem sollten, um bei der Kurvenanpassung optimale Werte zu erhalten, linksschiefe Verteilungen invertiert werden. Ferner ist zu beachten, dass auch das beschriebene Verfahren bei manchen Verteilungsformen (vgl. Bradley, 1982) keine Verbesserung der Normalverteiltheit erzielt.

5. 4. Datenauswertung mittels multipler Regressionen und Faktorenanalysen

Im Abschnitt 4. 6. wurde dargelegt, dass ein Fallbeispiel zur abschließenden Abschätzung der Prognostizität der potentiellen Werthaltungsfaktoren von der Datenauswertung exkludiert werden soll. Da in Voruntersuchungen mehrere Probanden von anfänglichen Schwierigkeiten berichteten, sich mit der Fragestellung bezüglich der Situationsmerkmale zu arrangieren, wurde von einer reduzierten Validität der Situationsmerkmalsratings des ersten Fallbeispiels (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) ausgegangen, wovon allerdings die Aussagen hinsichtlich der eigenen Entscheidung nicht beeinträchtigt sein sollten. Daher wurde das erste Fallbeispiel von der weiteren Datenauswertung ausgenommen, um an der Entscheidung in diesem Fallbeispiel die Prognostizität der potentiellen Werthaltungsfaktoren evaluieren zu können.

5. 4. 1. Zusammenhang der Situationsmerkmalsbewertungen mit der Entscheidung

Voraussetzungen der multiplen linearen Regression: Als erster Schritt der Datenauswertung wurde im Abschnitt 4. 6. geplant, den Zusammenhang zwischen den Situationsmerkmalsbewertungen und den Entscheidungen mittels multipler Regressionen festzustellen. Als statistische Voraussetzungen der multiplen linearen Regression werden in der Regel folgende genannt:

- 1.) Die abhängige Variable hat mindestens metrisches Skalenniveau (vgl. Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 2.) Die unabhängigen Variablen haben ein metrisches Skalenniveau oder sind dichotom-kategorial verteilt (vgl. Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 3.) Zwischen Kriterium und Prädiktoren liegen lineare Beziehungen vor (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003, 2006; Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 4.) Der lineare Zusammenhang zwischen den Prädiktoren ist nicht zu hoch, d. h. es liegt keine Multikollinearität vor (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003, 2006; Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 5.) Die Varianzen der Residuen sind homogen, d. h. die Residuen weisen Homoskedastizität auf (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003, 2006; Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 6.) Die Residuen sind normalverteilt (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003, 2006; Baltes-Götz, 2005).
- 7.) Zudem sind die Residuen unabhängig voneinander, d. h. sie weisen keine Autokorrelation auf (vgl. Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003, 2006; Baltes-Götz, 2005; Fromm, 2008b).
- 8.) Die Stichprobe besitzt eine angemessene Größe.

Im Folgenden werden die verwendeten Verfahren zur Voraussetzungsprüfung der multiplen Regressionen genannt und die Ergebnisse erörtert. Die zugehörigen Tabellen und Diagramme sind im Anhang G 4 abgebildet.

- Zu 1. Es wird davon ausgegangen, dass die erhobenen abhängigen Variablen mindestens metrisches Skalenniveau besitzen, ein Beleg ist nicht möglich.
- Zu 2. Für die unabhängigen Variablen muss dasselbe konstatiert werden.
- Zu 3. Falls kein *linearer* Zusammenhang zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium vorliegt, wird der wahre Zusammenhang durch die multiple Regression unterschätzt, was in diesem Fall lediglich zu einer konservativeren Testung der zweiten Forschungsfrage führt. Daher ist die Überprüfung der Linearität hier nicht zwangsläufig notwendig. Da allerdings die Varianzaufklärung durch die Situationsmerkmalsratings anschließend mit der Varianzaufklärung der extrahierten Faktoren verglichen werden soll, wurde die Linearität mittels partieller, von SPSS

erstellter Regressionsdiagramme mit Anpassungslinien nach der LOWESS (locally weighted scatterplot smoothing) Anpassungsmethode (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) überprüft. Dabei weisen die Zusammenhänge von Prädiktoren und Kriterien trotz geringer Steigungen akzeptable Linearität auf.

- Zu 4. Die geringen Steigungen der Anpassungslinien in den partiellen Regressionsdiagrammen trotz hoher Einzelkorrelationen der Prädiktoren mit dem Kriterium weisen bereits auf eine hohe Multikollinearität hin, was aufgrund der hohen Interkorrelation der Prädiktoren nicht anders zu erwarten war – allerdings soll hier hauptsächlich, wie bereits erörtert, geprüft werden, ob überhaupt ein Zusammenhang besteht und es sollen nicht die Beta-Gewichte interpretiert werden (vgl. Bortz, 1999, S. 438 u. vor allem S. 439 unter Merkmalsvorhersage). Dazu ist hohe Multikollinearität akzeptabel. Anschließend werden zudem die Prädiktoren zu zwei Faktoren zusammengefasst, was die Multikollinearität bei der erneuten Berechnung des Zusammenhangs stark vermindert (vgl. Stevens, 2002, S. 388, Baltes-Götz, 2005, S. 69). Überprüft wurde die Multikollinearität mit der Toleranz, die nicht unter 0,1 liegen sollte (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 67) und dem Variance Inflation Factor (*VIF*), der als Kehrwert der Toleranz entsprechend nicht größer als zehn sein sollte (vgl. Myers, 1990, S. 369). Als Weiteres wurde die von SPSS angebotene Kollinearitätsdiagnose berechnet, bei der ein Eigenwert von nahe null und ein Konditionsindex (*KI*) von über 15 ein deutliches und über 30 ein gravierendes Kollinearitätsproblem signalisieren (vgl. Fromm, 2008b, S. 362). Die Toleranz und der Variance Inflation Factor sind bei allen Regressionen im akzeptablen Bereich, allerdings sind die Eigenwerte und Konditionsindizes nicht befriedigend, was sich auch nicht ändert, wenn man die Regression mit der schrittweisen statt mit der Einschlussmethode berechnet.
- Zu 5. Zur grafischen Überprüfung der Homoskedastizität der Residuen wurden von SPSS erstellte Scattergramme der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte herangezogen. Zur statistischen Überprüfung der Homoskedastizität wurde das Verfahren von Glesjer (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006; Moosmüller, 2004) verwendet, „bei dem eine Regression der absoluten Residuen auf die Regressoren durchgeführt wird“ (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006, S. 88). Allerdings ist das Verfahren nicht ganz unproblematisch, da zum einen die Signifikanz der Regression von der

Stichprobengröße abhängt und zudem das Verfahren, so wie es von Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber (2006) beschrieben wird, falsche Ergebnisse liefert, wenn kein linearer Zusammenhang vorliegt. Daher wurden zusätzlich die Residuenplots begutachtet. Die beobachtete Heteroskedastizität wurde für nicht kritisch erachtet.

- Zu 6. Da die Signifikanz der statistischen Methoden zur Überprüfung univariater Normalverteiltheit wie dem Kolmogorov-Smirnov-, dem Shapiro-Wilk- und dem Lilliefors-Tests von der Stichprobengröße abhängig ist, wurde die Normalverteiltheit der Residuen grafisch mittels von SPSS erstellter Histogramme der studentisierten Residuen und Normal Probability-Probability Plots derselben überprüft. Lediglich die Verteilung der Residuen der Regression des vierten Fallbeispiels weist gewisse Abweichungen von der Normalität auf.
- Zu 7. Zur Überprüfung der Autokorrelation wurden Durbin-Watson-Teste berechnet. Wie zu erwarten liegt keine Autokorrelation vor (vgl. Tabelle 2).
- Zu 8. Der notwendige Umfang der Stichproben wurde im Abschnitt 4. 7. berechnet.

Tabelle 2:

Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen

Fall- bei- spiel	Korri- giertes R^2			Standard -fehler des Schätzers	Änderungsstatistiken				Signifikante Änderung in F	Durbin- Watson- Statistik
	R	R^2	R^2		Ände- -rung in R^2	Ände- -rung in F	$df1$	$df2$		
2 SGB	,744	,553	,540	,04045	,553	42,126	12	408	,000	1,928
3 SD	,750	,563	,549	,03051	,563	40,270	13	407	,000	2,004
4 PP	,622	,387	,367	,35431	,387	19,765	13	407	,000	2,191
5 MB	,637	,406	,389	,29073	,406	23,249	12	408	,000	1,954
6 CH	,663	,439	,429	,36998	,439	40,368	8	412	,000	1,875

Anmerkungen: R = Korrelationskoeffizient; R^2 = Determinationskoeffizient; F = F -Wert; $df1$ = Zählerfreiheitsgrade; $df2$ = Nennerfreiheitsgrade; SGB = Sterilisation einer geistig behinderten Frau; SD = Suizidaler depressiver Patient; PP = Privatpatient bittet um Psychoanalyse; MB = Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin; CH = Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin.

Zusammenhänge: In Tabelle 2 sind die *R*-Quadrate und korrigierten *R*-Quadrate der fünf multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen aufgelistet. Die Varianzaufklärung der Situationsmerkmalsbewertungen an der betreffenden Entscheidung beträgt entsprechend der korrigierten *R*-Quadrate im zweiten Fallbeispiel (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) 54 Prozent, 55 Prozent im dritten Fallbeispiel (Suizidaler depressiver Patient), im vierten Fallbeispiel (Privatpatient bittet um Psychoanalyse) 37 Prozent, im fünften Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) 39 Prozent und 43 Prozent im sechsten Fallbeispiel (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin) – im Durchschnitt entsprechend 46 Prozent. Alle Regressionskoeffizienten werden dabei hoch signifikant. Die multiplen Regressionen wurden nach der Einschlussmethode berechnet.

5. 4. 2. Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der fünf Fallbeispiele

Voraussetzungen für Faktorenanalysen: Als nächster Schritt wurde im Abschnitt 4. 6. geplant, eine Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der fünf Fallbeispiele zu berechnen, um zu eruieren, ob Werthaltungen, ungeachtet weiterer potentieller Faktoren, so starken Einfluss auf die Situationsmerkmalsbewertungen nehmen, dass die zu bestimmten Werthaltungen korrespondierenden Situationsmerkmalsbewertungen in einer Faktorenanalyse über mehrere Fallbeispiele eigene Faktoren bilden. Die Voraussetzungen für Faktorenanalysen werden in der Regel nicht so klar benannt wie die für (multiple) Regressionen.

- 1.) Mulaik (2010, S. 113ff.) nennen die multivariate Normalverteiltheit als Voraussetzung für die Faktorenanalyse.
- 2.) Zur notwendigen Stichprobengröße schreiben Stevens (2002, S. 395), Bortz (1999, S. 507-508), Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 331) sowie Revenstorf (1976, S. 287) unterschiedliche Auffassungen, wobei allerdings eine Stichprobe von über 400 in der Regel als groß angesehen wird.
- 3.) Als weiteres Kriterium zur Durchführung einer Faktorenanalyse nennen Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 306) und Bortz (1999, S. 508) das Intervallskalenniveau der Daten.

- 4.) Außerdem nennen Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2006, S. 274-277), Bortz (1999), Kaiser und Rice (1974) sowie Fromm (2008a, S. 325) Kriterien zur Überprüfung der Eignung der Korrelationsmatrix für die Durchführung einer Faktorenanalyse. Dabei sind lediglich drei dabei, für die konkrete Richtwerte bestehen, ob eine Faktorenanalyse angemessen ist, und zwar sind das der Bartlett-Test auf Sphärizität, dessen Signifikanz belegen soll, dass in der Grundgesamtheit nicht alle Korrelationskoeffizienten null betragen, das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium, das nicht unter 0,5 liegen sollte, und der Prozentsatz der Nicht-diagonal-Elemente der Anti-Image-Kovarianz-Matrix, die über 0,09 liegen sollen, welcher konform zu Dziuban und Shirkey (1974, S. 360) bei einem Betrag von über 25 Anlass gibt anzunehmen, dass die Korrelationsmatrix für eine Faktorenanalyse nicht geeignet ist.

Die Voraussetzungen wurden wie folgend berücksichtigt:

- Zu 1. Da die Überprüfung der multivariaten Normalverteiltheit mittels Kontrolle der univariaten Normalverteiltheit aller Linearkombinationen der in Frage stehenden Variablen (vgl. Tabachnick & Fidell, 2007, S. 78ff.; Kline, 2005, S. 48ff.; Stevens, 2002, S. 263ff.; Abschnitt 5.3.) als zu aufwendig befunden wurde und die Daten bereits zu univariater Normalverteiltheit transformiert wurden, wurde die multivariate Normalverteiltheit nicht weiter untersucht. Revenstorff (1976) schreibt zudem: „Die meisten Verfahren der Faktorenanalyse sind rein algebraisch und setzen weder Zufälligkeit noch Normalverteilung der Variablen voraus.“ (S. 37). Die multivariate Normalverteiltheit hält er lediglich für die Maximum-Likelihood-Faktorenanalyse für notwendig, die allerdings nicht verwendet wurde. Ähnlich lassen sich die Ausführungen von Anderson und Amemiya (1988) interpretieren.
- Zu 2. Die Stichprobe beinhaltet 421 vollständige Datensätze.
- Zu 3. Vom Intervallskalenniveau der Daten wird nach wie vor ausgegangen.
- Zu 4. Der Bartlett-Test auf Sphärizität wird hoch signifikant und das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium liegt über 0,8 und ist damit „verdienstvoll“ (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006, S. 276). 0,1% der Nicht-diagonal-Elemente der Anti-Image-Kovarianz-Matrix liegen über 0,09, womit auch das Kriterium von Dziuban und Shirkey (1974, S. 360) für die Durchführung einer Faktorenanalyse erfüllt ist.

Die Komponentenmatrizes sind im Anhang G 5 abgebildet. Nach dem Kaiser-Guttman-Kriterium sind 14 Faktoren zu extrahieren. Betrachtet man lediglich Faktorladungen über einem Wert von 0,3, ergeben sich für jedes der Fallbeispiele zwei Faktoren, die ausschließlich auf den Situationsmerkmalsbewertungen des Fallbeispiels hochladen. Dabei besteht lediglich eine Ausnahme, da ein Faktor, der dem zweiten Fallbeispiel (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) zugeordnet werden kann, eine weitere hohe Ladung auf einer Situationsmerkmalsbewertung des dritten Fallbeispiels (Suizidaler depressiver Patient) aufweist. Von den weiteren vier Faktoren weisen zwei lediglich eine Ladung über 0,3 auf, einer weist zwei Ladungen über 0,3 auf, die Situationsmerkmalsbewertungen unterschiedlicher Fallbeispiele betreffen, und der letzte Faktor weist vier Ladungen über 0,3 auf, die über drei Fallbeispiele streuen.

5. 4. 3. Zwei Faktoren pro Fallbeispiel?

Voraussetzungen Faktorenanalyse: Als Weiteres wurde angestrebt, mit einer Faktorenanalyse pro Fallbeispiel zu überprüfen, ob die Extraktion zweier Faktoren pro Fallbeispiel aus statistischer Perspektive Sinn macht (vgl. Abschnitt 4. 6.). Die Voraussetzungen für Faktorenanalysen wurden im Abschnitt 5. 4. 2. genannt. Da keine anderen Variablen als in der vorausgehenden Faktorenanalyse einbezogen wurden, trifft die im Abschnitt 5. 4. 2. beschriebene Prüfung der ersten drei Voraussetzungen auch hier zu. Das vierte Kriterium zur Durchführung einer Faktorenanalyse, die Eignung der Korrelationsmatrix, wird durch den Bartlett-Test auf Sphärizität, der bei allen sechs Korrelationsmatrizen signifikant wird, und das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium, das zwischen „ziemlich gut“ (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006, S. 276) und „erstaunlich“ (ebenda) erfüllt ist, bestätigt. Lediglich die Anti-Image-Kovarianz-Matrix des zweiten Fallbeispiels weist 25,75 Prozent Nicht-diagonal-Elemente mit einem Wert von über 0,09 auf.

Zwei Faktoren pro FB: Dies bedeutet, dass nur für eine Faktorenanalyse ein einziges Kriterium sehr knapp nicht erfüllt ist, daher wurden trotzdem die Faktorenanalysen für jedes der fünf Fallbeispiele berechnet. Bei der Bestimmung der Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurden, wie im Abschnitt 4. 6. angekündigt, Parallelanalysen nach Horn (1965) durchgeführt. Nach den Parallelanalysen mit diskreten, normalverteilten Zufallsvariablen sind pro Fallbeispiel zwei Faktoren zu extrahieren. Die rotierten

Komponentenmatrizes nach der Varimax-Rotation und die Mustermatrizes nach der Oblimin-Rotation mit maximal möglicher Schiefe weisen fast identische Faktorladungsverteilungen vor. Außer einem lädt kein weiteres Item in der rotierten Komponentenmatrix gleichzeitig auf beiden Faktoren hoch. Die höchste zweitgrößte Ladung eines Items beträgt 0,308. Im Mittel beträgt die höhere der zwei Ladungen jedes Items 0,712. Dementsprechend weisen die Faktorladungen die von Thurstone (1947) als erstrebenswert angesehene Einfachstruktur auf. Die empirisch vorgefundene Faktorladungsverteilung entspricht der prognostizierten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen (abgesehen von dem Item, dass auf beiden Faktoren hoch lädt). Beide Verteilungen, wie auch die Parallelanalysen, sind im Anhang G 6 abgebildet.

5. 4. 4. Ein Faktor pro Handlungsoption?

Extraktion eines Faktors pro Handlungsoption: Anschließend wurde entsprechend der prognostizierten (und empirisch bestätigten) Zuordnung der einzelnen Situationsmerkmalsbewertungen zu den jeweiligen Handlungsoptionen eine Faktorenanalyse für die Situationsmerkmalsbewertungen, die einer Handlungsoption zugeordnet wurden, berechnet und nur ein Faktor extrahiert. Die ersten drei der im Abschnitt 5. 4. 2. genannten Voraussetzungen der Faktorenanalyse werden von diesen Faktorenanalysen genauso gut erfüllt wie durch die vorausgehenden, da die Bedingungen identisch sind. Die Eignung der Korrelationsmatrix für die Durchführung einer Faktorenanalyse wurde nicht überprüft, da bei den hier berechneten Faktorenanalysen lediglich die gemeinsame Varianz der Situationsmerkmalsbewertungen, die einer Handlungsoption zugeordnet werden können, erfasst werden sollen, um sie anschließend aus den Daten herauspartialisieren zu können. Mittels der Parallelanalyse nach Horn (1965) mit diskreten, normalverteilten Zufallsvariablen wurde überprüft, ob die Extraktion lediglich eines Faktors gerechtfertigt ist, was bei allen Handlungsoptionen zutraf. Die Tabellen der erklärten Gesamtvarianz für die unrotierten Faktoren der empirisch vorgefundenen Daten und der Zufallsvariablen sind im Anhang G 7 abgebildet.

Die Varianzaufklärung der ersten Komponente der zehn Faktorenanalysen mit den empirisch vorgefundenen Daten beträgt zwischen 42 und 71 Prozent, im Durchschnitt 52 Prozent, und liegt damit deutlich über der Varianzaufklärung der ersten Komponenten der Faktorenanalysen mit den diskreten, normalverteilten Zufallsvariablen. Indessen ist die Varianzaufklärung der zweiten Komponenten der Faktorenanalysen mit den diskreten,

normalverteilten Zufallsvariablen ausnahmslos höher als die der zweiten Komponente der zehn Faktorenanalysen mit den empirisch vorgefundenen Daten. Die hier extrahierten Faktoren über die Situationsmerkmalsbewertungen, die einer Handlungsoption zugeordnet werden können, sollen im Folgenden vereinfachend Handlungsoptionsfaktoren benannt werden.

5. 4. 4. 1. Korrelation der extrahierten Faktoren innerhalb eines Fallbeispiels

Um die Extraktion zweier isolierter Faktoren pro Fallbeispiel weiter zu validieren, wurde im Abschnitt 4. 6. geplant, die Produkt-Moment-Korrelationen der extrahierten Faktoren eines Fallbeispiels zu berechnen. Produkt-Moment-Korrelationen liefern nur dann reliable Daten, wenn der Zusammenhang der einbezogenen Variablen linear ist, zudem sollten die Variablen entweder dichotom oder intervallskaliert sein (vgl. Bortz, 1999). Die Linearität des Zusammenhangs wurde mittels Streudiagrammen und eingezeichneten LOWESS Anpassungslinien (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) beurteilt. Das Intervallskalenniveau der Daten wird weiterhin angenommen. Die Streudiagramme lassen annehmen, dass der wahre Zusammenhang durch die Korrelationskoeffizienten geringfügig unterschätzt wird.

Wie aus Tabelle 3 zu entnehmen, liegen die Beträge der Determinationskoeffizienten zwischen 0,001 und 0,191– im Durchschnitt bei 0,115.

Tabelle 3:

Korrelationen der extrahierten Faktoren innerhalb eines Fallbeispiels

	Fallbeispiel				
	SGB	SD	PP	MB	CH
Korrelation nach Pearson	,437	,387	,025	,407	,237
Determinationskoeffizient	,191	,150	,001	,166	,056
Signifikanz (2-seitig)	,000	,000	,607	,000	,000
<i>N</i>	421	421	421	421	421

Anmerkungen: *N* = Anzahl der Probanden; SGB = Sterilisation einer geistig behinderten Frau; SD = Suizidaler depressiver Patient; PP = Privatpatient bittet um Psychoanalyse; MB = Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin; CH = Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin.

5. 4. 4. 2. Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die Handlungsoptionsfaktoren

Wie im Abschnitt 4. 6. beschrieben, wurden die multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die vorausgehend extrahierten Faktoren für die Situationsmerkmalsbewertungen berechnet, die einer Handlungsoption zugeordnet wurden (Handlungsoptionsfaktoren), um zu ermitteln, wie gut die zwei Faktoren eines Fallbeispiels die Prognostizität der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Entscheidung zusammenfassen. Dazu werden im Folgenden die multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen zwei Handlungsoptionsfaktoren berechnet und mit den zuvor berechneten und im Abschnitt 5. 4. 1. beschriebenen multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen verglichen.

Die Voraussetzungen der multiplen Regressionen wurden im Abschnitt 5. 4. 1. aufgelistet. Diese wurden wie folgt untersucht.

- Zu 1. Es wird weiterhin vom Intervallskalenniveau der erhobenen abhängigen Variablen ausgegangen.
- Zu 2. Für die unabhängigen Variablen, in diesem Fall die extrahierten Faktoren, wird ebenfalls angenommen, dass sie metrisches Skalenniveau besitzen.
- Zu 3. Die Linearität der Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und den einzelnen Kriterien wurde mittels partieller Regressionsdiagramme überprüft, in die Anpassungslinien nach dem LOWESS Verfahren (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) eingezeichnet wurden (vgl. Anhang G 8). Die Linearitätsannahme wird durch die Regressionsdiagramme weitgehend bestätigt. Im fünften Fallbeispiel ist die Linearitätsannahme bezüglich des Zusammenhangs des ersten Faktors und des Kriteriums nicht vollkommen erfüllt, wodurch der wahre Zusammenhang durch die multiple Regression geringfügig unterschätzt wird.
- Zu 4. Die Multikollinearität wurde mit der Toleranz, die nicht unter 0,1 liegen sollte (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 67), und dem Variance Inflation Factor (*VIF*), der als Kehrwert der Toleranz entsprechend nicht größer als zehn sein sollte (vgl. Myers, 1990, S. 369), überprüft. Zudem wurde die von SPSS angebotene Kollinearitätsdiagnose berechnet, bei der ein Eigenwert von nahe null und ein Konditionsindex (*KI*) von über 15 ein deutliches und über 30 ein gravierendes Kollinearitätsproblem

signalisieren (vgl. Fromm, 2008b, S. 362). Den Parametern entsprechend tritt, wie bereits im Abschnitt 5. 4. 1. vermutet, keine Multikollinearität auf.

Zu 5. Die Homoskedastizität der Residuen wurde, wie im Abschnitt 5. 4. 1. beschrieben, mittels Scattergrammen der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte und des Verfahrens von Glesjer (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006; Moosmüller, 2004) überprüft. Lediglich eine Regression wurde signifikant, deren korrigiertes *R*-Quadrat allerdings lediglich 0,057 betrug und damit nicht als problematisch angesehen wurde. Insgesamt wurde daher die beobachtete Heteroskedastizität für nicht kritisch erachtet.

Zu 6. Auch hier wurde die univariate Normalverteiltheit mittels Histogrammen der studentisierten Residuen und Normal Probability-Probability Plots derselben überprüft. Wiederum zeigt lediglich die Verteilung der Residuen der Regression für das vierte Fallbeispiel gewisse Abweichungen von der Normalität auf.

Zu 7. Zur Überprüfung der Autokorrelation wurden Durbin-Watson-Teste berechnet. Wie zu erwarten, lassen die Durbin-Watson-Teste kaum Autokorrelation vermuten.

Zu 8. Der notwendige Umfang der Stichproben wurde bereits im Abschnitt 4. 7. berechnet.

Der Tabelle 4 ist zu entnehmen, dass die Varianzaufklärung der multiplen Regressionen zwischen 30 und 54 Prozent variiert. Die Varianzaufklärung der Handlungsoptionsfaktoren an der betreffenden Entscheidung beträgt entsprechend der korrigierten *R*-Quadrate im zweiten Fallbeispiel (Sterilisation einer geistig behinderten Frau) 54 Prozent, 51 Prozent im dritten Fallbeispiel (Suizidaler depressiver Patient), im vierten Fallbeispiel (Privatpatient bittet um Psychoanalyse) 30 Prozent, im fünften Fallbeispiel (Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin) 37 Prozent und 42 Prozent im sechsten Fallbeispiel (Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin). Im Durchschnitt liegt die Varianzaufklärung bei 43 Prozent. Alle Regressionskoeffizienten werden dabei hoch signifikant. Die multiplen Regressionen wurden nach der Einschlussmethode berechnet. In der Tabelle ist ebenfalls die Differenz der korrigierten *R*-Quadrate zwischen den multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die Situationsmerkmalsbewertungen und den Handlungsoptionsfaktoren angegeben. Sie variiert zwischen 0,003 und 0,071 und liegt durchschnittlich bei 0,029.

Tabelle 4:

Multiple Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren

Fall- bei- spiel	R	R^2	Korri- giertes R^2	Standard- fehler des Schätzers	Änderungsstatistiken				Signifikante Änderung in F	Durbin- Watson- Statistik
					Ände- rung in R^2	Ände- rung in F	$df1$	$df2$		
2 SGB	,735	,540	,537	,04058	,540	244,879	2	418	,000	1,915
3 SD	,717	,515	,512	,03172	,515	221,684	2	418	,000	1,983
4 PP	,547	,300	,296	,37373	,300	89,373	2	418	,000	2,171
5 MB	,608	,370	,367	,29584	,370	122,734	2	418	,000	1,977
6 CH	,648	,420	,417	,37359	,420	151,404	2	418	,000	1,887
					SGB	SD	PP	MB	CH	
Veränderung des korrigierten R -Quadrats im Vergleich zu Tabelle 2					-0,003	-0,036	-0,071	0,000	-0,011	

Anmerkungen: R = Korrelationskoeffizient; R^2 = Determinationskoeffizient; F = F -Wert; $df1$ = Zählerfreiheitsgrade; $df2$ = Nennerfreiheitsgrade; SGB = Sterilisation einer geistig behinderten Frau; SD = Suizidaler depressiver Patient; PP = Privatpatient bittet um Psychoanalyse; MB = Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin; CH = Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin.

5. 4. 5. Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Handlungsoptionsfaktoren

Anschließend wurden die Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die zuvor extrahierten Handlungsoptionsfaktoren berechnet, um die Residuen faktorenanalytisch untersuchen zu können.

Voraussetzungen lineare Regression: Als Voraussetzungen der linearen Regression werden in der Regel folgende genannt:

- 1.) Die abhängige Variable ist mindestens metrisch skaliert (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 6; Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2006, S. 163).
- 2.) Die unabhängige Variable besitzt metrisches Skalenniveau oder ist dichotom-kategorial verteilt (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 6; Rasch et al., 2006, S. 163).
- 3.) Der Stichprobenumfang N ist größer als zwei (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 10) – bei der Berechnung des Stichprobenumfangs zur Signifikanzprüfung liefern die

Formeln von Cohen (1977, S. 439) sowie Schubö, Hagen und Oberhofer (1983, S. 267) bessere Werte.

- 4.) Die N in der Stichprobe realisierten X -Werte sind nicht alle gleich (vgl. Baltes-Götz, 2005, S. 10).
- 5.) Die Varianzen der Residuen sind homogen (vgl. Bortz, 1999, S. 184, 2005, S. 192; Fahrmeir, Kneib & Lang, 2009, S. 64ff.; Rasch et al., 2006, S. 163, Jarque & Bera, 1980, S. 255).
- 6.) Es besteht ein linearer Zusammenhang des Regressors und Regressanden (vgl. Baltes-Götz, 2005; Fahrmeir, Kneib & Lang, 2009, S. 64; Rasch et al., 2006, S. 163).
- 7.) Die Residuen der Grundgesamtheit sind unkorreliert (vgl. Bortz, 1999, S. 184; Fahrmeir, Kneib & Lang, 2009, S. 66ff.; Rasch et al., 2006, S. 163, Jarque & Bera, 1980, S. 255).
- 8.) Die Residuen sind normalverteilt (vgl. Baltes-Götz, 2005; Fahrmeir, Kneib & Lang, 2009, S. 62, Jarque & Bera, 1980, S. 255).

Bortz (1999, 2005), Rasch et al. (2006, S. 163) und Andere nennen zwar noch die bivariate Normalverteilung von Prädiktor und Kriterium, allerdings insistiert Baltes-Götz (2005, S. 9, vgl. auch Fahrmeir, Kneib & Lang, 2009; Groß, 2003, S. 35), dass dies ein häufig anzutreffendes Missverständnis sei – es seien keine Annahmen über die univariate Verteilung des Kriteriums noch des Regressors notwendig und insbesondere nicht über die bivariate Normalverteilung der beiden. Zudem merkt Baltes-Götz (2005) an:

In den oben aufgelisteten Voraussetzungen werden jeweils hochgradig spezielle Verhältnisse angenommen, z. B. die Identität der Varianzen für alle Variablen ε_i . Man müsste von einem Wunder reden, wenn bei einer empirischen Studie eine solche Voraussetzung tatsächlich perfekt erfüllt wäre. Für die inferenzstatistischen Verfahren, bei denen eine Voraussetzung (z. B. die Homoskedastizität oder die Normalität der Residuen) als Nullhypothese auf den Prüfstand gerät, gilt in der Regel:

1. Die Voraussetzung ist mit großer Wahrscheinlichkeit falsch.
2. Ob die Verletzung der Voraussetzung tatsächlich „entdeckt“ wird, hängt von ihrem Ausmaß und von der Power des Prüfverfahrens, also im Wesentlichen von der Stichprobengröße, ab.

Die eigentlich entscheidende Frage lautet: Ist die Verletzung einer Voraussetzung im Hinblick auf das durchzuführende Verfahren tolerierbar oder nicht. Leider gibt es zur Klärung dieser Frage oft kein automatisches, also objektiv anwendbares Verfahren. (S. 11)

Unter Beachtung der zitierten entscheidenden Frage wurden die Voraussetzungen der Regressionen wie folgend überprüft und mehrere Residuen von der weiteren Datenauswertung ausgeschlossen.

- Zu 1. Das metrische Skalenniveau der abhängigen Variablen wird nach wie vor lediglich postuliert.
- Zu 2. Dasselbe gilt für die unabhängigen Variablen.
- Zu 3. Die Stichprobengröße wurde bereits im Abschnitt 4. 7. als ausreichend befunden.
- Zu 4. Die N in der Stichprobe realisierten X -Werte sind nicht alle gleich.
- Zu 5. Da Heteroskedastizität weder Steigung noch Höhenlage der Regressionsgeraden eines linearen Zusammenhangs beeinflusst, und somit keinen Einfluss auf die hier zu ermittelnden Residuen nimmt, ist sie in diesem konkreten Anwendungsfall nicht weiter bedeutend. Ist die Linearitätsannahme jedoch verletzt, führt zusätzliche Heteroskedastizität zu stark verzerrten Schätzungen, die sich ungünstig auf die Hypothesenprüfung auswirken. Daher wurde die Stärke der Heteroskedastizität zum einen grafisch und zudem mit dem Verfahren von Glesjer überprüfen, bei dem, wie schon erwähnt, „eine Regression der absoluten Residuen auf die Regressoren durchgeführt wird“ (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006, S. 88).
- Zu 6. Der lineare Zusammenhang des Regressors und Regressanden wurde grafisch überprüft. Aufgrund von Abweichungen von der Linearität und zusätzlicher Heteroskedastizität wurden fünf Variablen von der weiteren Datenauswertung ausgeschlossen.
- Zu 7. Zur Bestimmung der möglichen Autokorrelation wurde erneut der Durbin-Watson-Unabhängigkeitstest angewendet. Zwei Variablen lagen außerhalb der für Regressionen mit *einem* Regressor und eine Stichprobe von über 400 Probanden gesetzten Grenzen von 1,8 bis 2,2. Diese wurden von der weiteren Datenauswertung ausgeschlossen.
- Zu 8. Die univariate Normalverteiltetheit der Residuen wurde grafisch und zwar mit Histogrammen der studentisierten Residuen und Normal Probability-Probability

Plots überprüft. Auch wenn Norušis (2006, S. 229) schreibt, dass Abweichung der Residuen von der Normalverteiltheit keinen starken Einfluss auf die Ergebnisse einer Regressionsanalyse ausüben, wurden acht Residuen aufgrund mangelhafter Normalverteiltheit von der weiteren Datenauswertung ausgeschlossen, da die angestrebte Faktorenanalyse über die Residuen Normalverteiltheit voraussetzt.

Alle Regressionen wurden hoch signifikant. Weitere Kennwerte sind hier nicht von Interesse, da der ausschließliche Zweck der Regressionen die Ermittlung der Residuen war. Der Zusammenhang zwischen den Regressoren und Regressanden kann den im Anhang G 7 abgebildeten Komponentenmatrizes entnommen werden.

5. 4. 6. Korrelationen der Handlungsoptionsfaktoren mit den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen

Um eruieren zu können, ob versehentlich eine Werthaltung mit extrahiert wurde, wurden die Korrelationen der Handlungsoptionsfaktoren mit den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen auf Signifikanz untersucht. Von den 360 Korrelationen sind nach der Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeitskorrektur mit Hilfe der Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) fünf Korrelationen signifikant. Der erste Handlungsoptionsfaktor des Fallbeispiels „Privatpatient bittet um Psychoanalyse“ korreliert signifikant mit dem Residuum des 14. Items vom zweiten Fallbeispiel „Sterilisation einer geistig behinderten Frau“. Der Determinationskoeffizient beträgt 0,06. Der zweite Handlungsoptionsfaktor des Fallbeispiels „Privatpatient bittet um Psychoanalyse“ korreliert ebenfalls signifikant mit dem Residuum des 14. Items vom zweiten Fallbeispiel, zudem mit dem Residuum des sechsten und 14. Items des Fallbeispiels „Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin“. Die Determinationskoeffizienten betragen 0,05 und zweimal 0,07. Weiterhin korreliert das Residuum des 14. Items vom Fallbeispiel „Sterilisation einer geistig behinderten Frau“ signifikant mit dem zweiten Handlungsoptionsfaktor des Fallbeispiels „Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin“. Der Determinationskoeffizient beträgt 0,05.

5. 4. 7. Faktorenanalyse über die Residuen

Das Ziel der Datenauswertung war es, situationsübergreifende Faktoren zu finden, die Entscheidungen beeinflussen. Dazu wurden in den vorausgehenden Schritten

situationsspezifische Faktoren extrahiert um die Residuen (der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Handlungsoptionen), die nicht von der weiteren Untersuchung ausgeschlossen wurden, explorativ auf situationsübergreifende Faktoren zu untersuchen. Die unter im Abschnitt 5. 4. 2. benannten Voraussetzungen der Faktorenanalyse wurden wie folgt überprüft. Die multivariate Normalverteiltheit wurde nicht überprüft, allerdings wurden nicht normalverteilte Residuen bereits nach der Berechnung der zugehörigen Regressionen aus der weiteren Datenauswertung exkludiert. Die Stichprobe ist nach wie vor größer als 400. Vom Intervallskalenniveau der Daten wird weiterhin ausgegangen. Den Bartlett-Test auf Sphärizität, das Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium und die Anti-Image-Kovarianz-Matrix gibt SPSS nicht aus, stattdessen die Behauptung „Die Matrix ist sei nicht größer als null“. Die Determinante der Korrelationsmatrix beträgt $-2,92488^{(-50)}$ und ist damit für die Eignungsberechnung mit SPSS allerdings anscheinend zu klein.

Die Parallelanalyse mit kontinuierlichen, normalverteilten Variablen ergibt, dass 18 Faktoren zu extrahieren sind. Nach der Varimax-Rotation liegen alle substanziellen Ladungen (über dem Wert von 0,25) von neun dieser 18 Faktoren auf den Items eines Fallbeispiels. Drei Faktoren weisen substanzielle Ladungen auf Items eines Fallbeispiels und einem zusätzlichen Item auf. Sechs Faktoren weisen substanzielle Ladungen auf Items unterschiedlicher Fallbeispiele auf.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem ersten dieser sechs Faktoren lauten:

- „Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.“ Mit einer Ladung von -0,295.
- „Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen.“ Mit einer Ladung von -0,405.
- „Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.“ Mit einer Ladung von -0,339.
- „Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder daraufhin zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte.“ Mit einer Ladung von -0,776.

- „Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.“ Mit einer Ladung von 0,502.
- „Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.“ Mit einer Ladung von 0,428.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem zweiten dieser sechs Faktoren lauten:

- „Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.“ Mit einer Ladung von 0,420.
- „Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.“ Mit einer Ladung von 0,289.
- „Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.“ Mit einer Ladung von -0,620.
- „Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.“ Mit einer Ladung von 0,604.
- „Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.“ Mit einer Ladung von 0,299.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem dritten dieser sechs Faktoren lauten:

- „Dem Patienten würde ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben.“ Mit einer Ladung von -0,268.
- „Die Plätze in der Psychiatrie können die Nachfrage nicht decken.“ Mit einer Ladung von 0,422.
- „Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.“ Mit einer Ladung von -0,757.
- „Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.“ Mit einer Ladung von 0,269.
- „Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.“ Mit einer Ladung von 0,390.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem vierten dieser sechs Faktoren lauten:

- „Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen.“ Mit einer Ladung von -0,354.
- „Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen.“ Mit einer Ladung von 0,799.
- „Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.“ Mit einer Ladung von -0,273.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem fünften dieser sechs Faktoren lauten:

- „Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben.“ Mit einer Ladung von -0,744.
- „Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen.“ Mit einer Ladung von 0,251.
- „Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.“ Mit einer Ladung von 0,355.
- „Die Psychotherapeutin behandelt den 47-jährigen Patienten seit sechs Monaten. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt.“ Mit einer Ladung von 0,252.
- „Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen.“ Mit einer Ladung von 0,434.
- „Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.“ Mit einer Ladung von -0,292.

Die Items mit substanziellen Ladungen auf dem sechsten dieser sechs Faktoren lauten:

- „Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden.“ Mit einer Ladung von 0,800.
- „Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.“ Mit einer Ladung von -0,317.

- „Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen.“ Mit einer Ladung von -0,261.
- „Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen.“ Mit einer Ladung von 0,373.

Sechs der aufgelisteten Items laden auf mehr als einem Faktor über 0,250. Die rotierten, extrahierten Faktoren wurden als neue Variablen gespeichert, um eine multiple Regression der präskriptiven Aussage im ersten Fallbeispiel auf die gespeicherten Faktorwerte berechnen zu können.

5. 4. 8. Multiple Regression der Entscheidung auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen

Die vorausgehende Faktorenanalyse über die Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Handlungsoptionsfaktoren wurde mit der Intention berechnet, explorativ zu untersuchen, ob situationsübergreifende Faktoren extrahiert werden können, die Varianz an Entscheidungen aufklären können. Dazu ist abschließend eine multiple Regression der Entscheidung bezüglich des bisher aus der Datenauswertung exkludierten Fallbeispiels (Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten) auf die extrahierten Faktoren notwendig. Zunächst wurden die Voraussetzungen der multiplen Regressionen entsprechend der im Abschnitt 5. 4. 1. aufgelisteten Kriterien überprüft.

Zu 1. Auch hier wird vom Intervallskalenniveau der erhobenen abhängigen Variable ausgegangen.

Zu 2. Für die unabhängigen Variablen, die extrahierten Faktoren, wird ebenfalls angenommen, dass sie metrisches Skalenniveau besitzen.

Zu 3. Die Linearität der Zusammenhänge zwischen den Prädiktoren und dem Kriterium wurde wiederum mittels partieller Regressionsdiagramme überprüft, in die Anpassungslinien nach dem LOWESS Verfahren (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) eingezeichnet wurden (vgl. Anhang G 11). Die Regressionsdiagramme lassen vermuten, dass die Linearitätsannahme nicht

gravierend, aber zu einem gewissen Ausmaß verletzt ist, wodurch der wahre Zusammenhang durch die multiple Regression geringfügig unterschätzt wird.

- Zu 4. Die Multikollinearität wurde mittels Toleranz, Variance Inflation Factor, Eigenwert und Konditionsindex überprüft. Alle von SPSS ausgegebenen Kennwerte betragen 1,000, was keine Multikollinearität bedeutet. Prinzipiell sollte SPSS bei unkorrelierten Faktoren als Prädiktoren auch keine Multikollinearität anzeigen.
- Zu 5. Die Homoskedastizität der Residuen wurde, wie im Abschnitt 5. 4. 1. beschrieben, mittels Scattergrammen der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte und des Verfahrens von Glesjer (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2006; Moosmüller, 2004) überprüft. Die Regression der absoluten Residuen auf die Regressoren wurde signifikant, ihr korrigiertes R -Quadrat betrug allerdings lediglich 0,027 und wird damit nicht als problematisch angesehen.
- Zu 6. Die univariate Normalverteiltetheit wurde abermals mit dem Histogramm der studentisierten Residuen und dem Normal Probability-Probability Plot derselben überprüft. Die Verteilung der Residuen weist deutliche Abweichungen von der Normalität auf.
- Zu 7. Zur Überprüfung der Autokorrelation wurde der Durbin-Watson-Test berechnet, welcher Autokorrelation vermuten lässt.
- Zu 8. Der notwendige Umfang der Stichproben wurde bereits im Abschnitt 4. 7. berechnet.

Bei der schrittweisen Regression werden zwei Variable aufgenommen. Dadurch erreicht die multiple Regression ein korrigiertes R^2 von 0,023. Die aufgenommenen Faktoren sind die 16. und 18. Komponente der rotierten Faktorladungsmatrix der zuvor durchgeführten Faktorenanalyse.

5. 4. 9. Gruppenunterschiede in den Entscheidungen und Situationsmerkmalsbewertungen

Abschließend wurde untersucht, inwieweit sich weibliche von männlichen sowie psychologisch ausgerichtete von medizinisch ausgerichteten Probanden in der Beantwortung der Items zu den Fallbeispielen unterscheiden. Einfachheitshalber wurden dazu die punktbiserialen Korrelationen (vgl. Bortz, 1999, S. 215-216) zwischen dem Geschlecht respektive der Berufszugehörigkeit und den deskriptiven bzw. präskriptiven Aussagen sowie den Situationsmerkmalsbewertungen berechnet. Bei der Ermittlung der

Berufszugehörigkeit wurden Mediziner und Medizinstudierende genauso wie Psychologen und Psychologiestudierende zu einer Gruppe zusammengefasst. Normalverteiltheit und Intervallskalenqualität der nichtdichotomen Variablen wird angenommen.

Der höchste Determinationskoeffizient der Korrelationen beträgt 0,032. Dies ist der Anteil der Varianz, den sich die Variable Geschlecht und das Item „Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.“ teilen. Die Korrelation ist positiv und bedeutet, dass weibliche Probanden das Item geringfügig stärker als Anlass sehen, den Ausbilder zur Rede zu stellen. Diese Korrelation ist die einzige, die nach der Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) signifikant bleibt, wenn die Alphafehler-Korrektur für die Variablen Geschlecht und Berufszugehörigkeit getrennt berechnet wird.

6. Interpretation

In diesem Kapitel werden die im vorausgehenden Kapitel geschilderten Ergebnisse interpretiert. Zunächst wird die inhaltliche Bedeutung der deskriptiven Daten zu den Entscheidungen bezüglich der Fallbeispiele, der präskriptiven Aussagen und der Bewertung der einzelnen Situationsmerkmale erörtert. Anschließend werden die Differenzen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen interpretiert und die dritte Forschungsfrage beantwortet. Darauf folgen anhand der Interpretation der inferenzstatistischen Datenauswertung die Beantwortung der weiteren Forschungsfrage sowie Ausführungen zum explorativen Teil der Datenauswertung.

6. 1. Interpretation der deskriptiven Datenauswertung

Interpretation Kennwerte der Verteilungen der deskriptiven und präskriptiven Aussagen:

Der Range der deskriptiven als auch der präskriptiven Aussagen erstreckt sich über die vollständige Antwortskala. Daraus lässt sich erkennen, dass die in den Fallbeispielen vorzunehmende Handlung faktisch (wie zu erwarten, vgl. Haas, Malouf und Mayerson, 1986, S. 316) kontrovers ist, jedoch nicht jeder Proband die Fallbeispiele als dilemmatisch wahrnimmt, da in etlichen Fällen eindeutige Handlungspräferenzen angegeben werden. Dadurch wird die Eignung der Fallbeispiele, zwischen verschiedenen Probanden zu differenzieren, belegt. Da die Mittelwerte, berechnet über alle Items der einzelnen Fallbeispiele, bei mehreren Fallbeispielen nahe null liegen, kann angenommen werden, dass die Situationsmerkmale ähnlich stark für beide Handlungsoptionen sprechen und diese Fallbeispiele damit zumindest prima facie dilemmatisch sind.

Bevor zur teilweise explorativen, inhaltlichen Betrachtung der präskriptiven und deskriptiven Aussagen sowie der Situationsmerkmalsbewertungen übergegangen wird, soll erwähnt werden, dass die Ränge der Mittelwerte der deskriptiven Aussagen mit denen der präskriptiven Aussagen weitgehend identisch sind, was darauf hindeutet, dass sich zumindest im Durchschnitt die Aussagen decken. Bei keinem Fallbeispiel besitzt der Durchschnitt der beiden unterschiedlichen Aussagen verschiedene Vorzeichen. Wie weit sich die deskriptiven und präskriptiven Aussagen ähneln, wird im Folgenden noch genauer untersucht.

6. 1. 1. Leistungssteigerndes Medikament für einen Studenten

Im Durchschnitt sind sich die Probanden bezüglich des ersten Fallbeispiels verhältnismäßig sicher, dass sie dem Studenten das leistungssteigernde Medikament nicht verschreiben würden. Gleichzeitig sind sie insgesamt etwas deutlicher der Auffassung, dass das Verschreiben des Medikaments auch für Andere nicht geboten ist. Absolut betrachtet sind dafür die drei Items, die die Nebenwirkungen beschreiben, ausschlaggebend. Weniger bedeutend sind für die Probanden die Toleranzentwicklung, die unverbesserte berufliche Leistung im Vergleich zur Prüfungsleistung und die Gerechtigkeit in Bezug auf die Kommilitonen. Im Allgemeinen kann die Haltung der Probanden damit als fürsorglich wenn nicht sogar paternalistisch betrachtet werden, da die Probanden eine *mündige* Person vor Schaden bewahren wollen, den, insoweit er bereits aufgetreten ist, der Student akzeptiert hat, und sie beispielsweise den Gerechtigkeitsaspekt wesentlich geringer gewichten.

Überraschend ist, dass lediglich jenes Item einen negativen Mittelwert aufweist, das auf die verringerte Leistung des Studenten in der nächsten Prüfung weist, falls er das Medikament nicht einnimmt, und damit die Antworten mehrheitlich eher für das Verschreiben des Medikaments sprechen, obwohl auch vier weitere Items aus objektiver Perspektive für das Verschreiben sprechen. Dies könnte als Hinweis gewertet werden, dass die Probanden postdeziisional nach Bestätigung für ihre Entscheidung suchen, wie es die Dissonanztheorie von Festinger (1978) und der von Lind (1985b) postulierte Faktor Meinungskonformität prognostizieren, und daher Aussagen, die objektiv betrachtet für das Verschreiben des Medikaments sprechen, als Argumente gegen das Verschreiben werten. Dadurch verschöbe sich der Bezugspunkt für die Valenzierungen der Items in Richtung der durchschnittlich favorisierten Handlungsalternative, die allerdings auf einer anderen Skala geratet wurde und somit nicht in Relation zu den Situationsmerkmalsbewertungen gesetzt werden kann. Daher bietet sich an, den Mittelwert aller Items des betreffenden Fallbeispiels als Bezugspunkt heranzuziehen, wodurch lediglich noch ein Item von der prognostizierten Zuordnung (vgl. Anhang E) abweicht, und zwar das, welches besagt, dass das Medikament recht teuer sei und somit wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung stünde.

Betrachtet man die Mittelwerte der einzelnen Items in Bezug zum Mittelwert aller Items des ersten Fallbeispiels, weicht das Item, das die negative Auswirkung des

Nichtverschreibens auf die Prüfungsleistung des Studenten beschreibt, am stärksten vom Mittelwert ab, es folgt das Item, das eine Art Besitzstandswahrung aufgrund der bisherigen Verschreibung des Medikamentes durch den verstorbenen Kollegen nahe legt, und das Item, das Leberfunktionsstörungen infolge der Einnahme des prognostiziert. Aus explorativer Perspektive ist interessant, dass in diesen drei Items die wesentlichen drei interpersonellen Beziehungen des Fallbeispiels angesprochen werden, die unterschiedliche Werte nahelegen. Schmitt und Montadas (1981) Befunden entsprechend ist der soziale Kontext maßgeblich für die Gerechtigkeitsmaßstäbe, die in einer Situation angelegt werden. Das Verhältnis des Studenten zu seinen Kommilitonen in der Prüfung ist vornehmlich kompetitiv, wodurch der Wert Leistung nahegelegt wird und verständlich wird, warum der Gerechtigkeitsaspekt in Bezug auf die Kommilitonen weniger stark gewichtet wird. Mit der Übernahme der Praxis kann restitativ die implizite Verpflichtung gegenüber dem verstorbenen Kollegen akzeptiert werden, die Patienten in gleicher Weise weiter zu versorgen. Die Unterbrechung oder Veränderung der Versorgung kann deshalb als Gerechtigkeitsproblem angesehen werden. Das dritte Item, das eine wesentliche Nebenwirkung des Medikaments beschreibt, spricht mittelbar die Fürsorgebeziehung der Allgemeinärztin zu ihrem Patienten an, die den Wert bzw. das Prinzip Schadensvermeidung nahelegt.

6. 1. 2. Sterilisation einer geistig behinderten Frau

In Bezug auf das zweite Fallbeispiel äußern sich die Probanden durchschnittlich eher indifferent mit einer gewissen Tendenz, die Sterilisation der geistig behinderten Frau nicht zu unterstützen. Auch bei der präskriptiven Aussage zeigt sich nur eine schwach ausgeprägte durchschnittliche Präferenz gegen die Sterilisation. Die Items, die am höchsten valenziert wurden, sind das Item, welches das vermutete, zukünftige Bedauern der Klientin über die Sterilisation beschreibt, jenes Item, das nahelegt, dass die Einwilligung zur Sterilisation auf Manipulation beruhe, und jenes, das die Beziehung der Psychologin zu ihrer Klientin als gut beschreibt. Dies ändert sich auch nicht, wenn man die Differenzen zum Mittelwert aller Items des Fallbeispiels betrachtet. Dies lässt sich dahingehend interpretieren, dass für die Probanden die Fürsorgebeziehung der Psychologin für ihre Klientin im Vordergrund steht, die dazu verpflichtet, Schaden von der Klientin abzuwenden und ebenfalls ihren autonomen Willen zu respektieren. Die Beziehung der

Klientin zu ihren Eltern oder zum potentiellen Kind steht anscheinend nicht im Vordergrund.

Die Vorzeichen zweier Items entsprechen nicht der prognostizierten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen, was sich nicht ändert, falls der Mittelwert der Items des Fallbeispiels als Referenzpunkt betrachtet wird, da dieser nicht stark vom absoluten Nullpunkt abweicht. Zum einen wird das Item, in dem beschrieben wird, dass der Vater der Klientin die Psychologin um Mithilfe beim Überreden seiner Tochter zur Sterilisation bittet, als Argument gegen das Mitwirken bei der Überredung gewertet. Zum anderen wird das Item, das die Nebenwirkungen der Sterilisation als gering beschreibt, als Information für das Überreden zur Sterilisation gewertet. Objektiv betrachtet sollte davon ausgegangen werden können, dass Nebenwirkungen negativ bewertet werden. Allerdings wird hier gegebenenfalls durch das Wort „gering“, „selten“ und „wenigen“ entsprechend der Ankerheuristik (Tversky & Kahneman, 1974) eine Differenz zwischen den subjektiv akzeptierten und den objektiv zu erwartenden Nebenwirkungen suggeriert.

6. 1. 3. Suizidaler depressiver Patient

Beim dritten Fallbeispiel zeigt sich wiederum sowohl bei der deskriptiven als auch bei der präskriptiven Aussage eine klarere Präferenz der Probanden gegen die Ausgangsänderung für den suizidalen Depressiven. Betrachtet man die absoluten Werte der Situationsmerkmalsbewertungen, werden das Item, das die Unsicherheit der Prognose einräumt, das Item, das die Ablehnung der Kollegen gegenüber einem Suizid betont, und das Item, das über die kirchliche Trägerschaft der Psychiatrie informiert, am höchsten bewertet. Wenn man die Differenzen zum Mittelwert aller Items des Fallbeispiels betrachtet, besitzt das Item, das die stabil negative Prognose der letzten Visite beschreibt, eine höhere Differenz als das Item, das über die kirchliche Trägerschaft informiert. Anscheinend spielt für die Probanden in diesem Fallbeispiel die Beziehung zum Berufsumfeld und die damit verbundene Werthaltung Loyalität eine entscheidende Rolle.

Überraschend werden das Item, das anmerkt, dass der Patient seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten äußert, das Item, das besagt, dass der Patient sein Leben nicht mehr ertragen will, das Item über den Vorschlag der Schwester gegenüber der Psychotherapeutin, ihren Bruder mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren könne, zudem das Item, das anmerkt, dass die Psychotherapeutin keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten hat, falls sie den Ausgang ändert, und das Item über die

Unterversorgung des Bedarfs an Behandlungsplätzen als Aussagen gegen den Ausgang und damit gegen den Suizid des Patienten gewertet. Betrachtet man wiederum den Mittelwert aller Items des Fallbeispiels als Referenzpunkt, entsprechen nur zwei Items nicht der prognostizierten Zuordnung, zum einen das Item bezüglich der seit Behandlungsbeginn geäußerten Suizidabsichten des Klienten und das Item, das den Vorschlag der Schwester beschreibt, ihren Bruder zwecks Suizid mit nach Hause zu nehmen.

6. 1. 4. Privatpatient bittet um Psychoanalyse

Auch beim vierten Fallbeispiel zeigen die Probanden eine eindeutige Präferenz, in diesem Fall für das Durchführen der Therapie sowohl in Bezug auf die eigene als auch auf die Handlung, die sie für andere Personen als geboten ansehen. In diesem Fallbeispiel wird Eigeninteresse durch das Item unterstellt, dass die Auftragslage in der neu eröffneten Praxis noch nicht den eigenen Bedarf deckt. Allerdings wirkt sich dieses suggerierte Eigeninteresse anscheinend nicht unterschiedsbildend auf die zwei differenten Aussagen aus, denn wie im Abschnitt 5. 2. erwähnt, weist das vierte Fallbeispiel die höchste intersubjektive Antwortkonstanz bezüglich der deskriptiven und präskriptiven Aussage auf.

Die Items, die im Betrag den höchsten Mittelwert aufweisen, sind das Item, das die Bitte des Klienten gegenüber der Psychoanalytikerin zum Ausdruck bringt, mit ihm eine Psychoanalyse durchzuführen, das Item, das den Eindruck der Psychoanalytikerin beschreibt, kein Klient hätte bisher Schaden durch ihre Interventionen genommen, und das Item, das die Entscheidung des Klienten für die Therapie beschreibt, nachdem er die potentiellen Nebenwirkungen zur Kenntnis genommen hat. Ausschlaggebend scheint damit vor allem die autonome Entscheidung des Klienten zu sein und zudem, dass kein Schaden durch die Psychoanalyse entsteht. Betrachtet man die Differenzen der Mittelwerte der Items zum Mittelwert aller Items des Fallbeispiels, weist das Item, das die potentiellen negativen Auswirkungen der Psychoanalyse auf zwischenmenschliche Beziehungen des Klienten nennt, einen höheren Betrag auf als das Item, das den Eindruck der Psychoanalytikerin beschreibt, ihre Klienten hätten bisher keinen Schaden durch ihre Interventionen genommen. Somit scheint den Probanden ebenfalls die Stabilität bestehender zwischenmenschlicher Beziehungen wichtig zu sein, insbesondere die

Sicherheit der Familie. Kein Item weicht von der objektiven Zuordnung der Informationen zu den Handlungsoptionen ab.

6. 1. 5. Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin

Beim fünften Fallbeispiel zeigt sich im Gegensatz zum vierten Fallbeispiel eine Divergenz zwischen der deskriptiven und präskriptiven Aussage. Zwar besteht eine durchschnittliche Präferenz für das Ansprechen des Vorfalls in Bezug auf das eigene Verhalten, der Mittelwert der präskriptiven Aussage zeigt allerdings eine deutlichere Präferenz für das Ansprechen. In diesem Fallbeispiel spricht das unterstellte Eigeninteresse gegen und nicht wie im vorausgehenden Fallbeispiel für die durchschnittlich favorisierte Handlung. Eigeninteresse scheint moralische Entscheidungen auch im Berufskontext nicht immer unbeeinflusst zu lassen. Dabei muss allerdings beachtet werden, dass die deskriptive und präskriptive Aussage auf unterschiedlichen Skalen gemessen wurden und daher nicht vorbehaltlos miteinander verglichen werden können.

Die drei Items, die durchschnittlich am ausschlaggebendsten bewertet werden, merken an, dass der Ausbilder als Erstes die Verschlechterung der Verfassung der Klientin billigend in Kauf genommen hat, dass er als Zweites das Abhängigkeitsverhältnis der Klientin zu ihm zu seinen Gunsten ausgenutzt hat, und als Drittes dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung der Klientin, dass ihr geholfen wird, wissentlich zuwider gehandelt hat. Damit scheint der Schaden, den die Klientin erlitten hat, maßgeblich für die Entscheidung zu sein. Betrachtet man die Differenzen der Mittelwerte der Items zum Mittelwert, berechnet über alle Items des Fallbeispiels, weisen drei andere Items die höchste Differenz auf. Diese sind das Item, das darauf hinweist, dass die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder bzw. Therapeuten absolvieren werden muss, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird, das Item, das konstatiert, dass die Initiative zu den sexuellen Handlungen hauptsächlich von der Klientin ausgegangen sei, und das Item, das aussagt, der Therapeut bzw. Ausbilder wisse nichts von der Bekanntschaft zwischen der Klientin und der Psychotherapeutin in Ausbildung. Die Gewichtung dieser drei Items lässt vermuten, dass der Selbstschutz durch die Schuldzuschreibung an die Klientin legitimiert wird.

Der Mittelwert zweier Items entspricht nicht der prognostizierten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen. Die Differenzen zwischen den Mittelwerten der Items

und dem aller Items des Fallbeispiels spiegeln allerdings die prognostizierte Zuordnung korrekt wider.

6. 1. 6. Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin

Die Mittelwerte der deskriptiven und präskriptiven Aussage bezüglich des sechsten Fallbeispiels weichen zum einen nicht stark voneinander und zudem nicht erheblich von null ab. Es besteht eine leichte Tendenz, die Diagnose der Mutter preiszugeben. Betrachtet man die absoluten Werte, sagen die drei am bedeutendsten bewerteten Items aus, dass der Patient und seine Frau in naher Zukunft Kinder haben möchten, dass die Schweigepflicht des Arztes aus rechtlicher Perspektive auch über den Tod der Mutter hinaus gilt, und dass der Patient mit fünfzigprozentiger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an Chorea Huntington erkrankt. Betrachtet man die Differenzen der Itemmittelwerte zum Mittelwert aller Items des Fallbeispiels, weist das Item, das besagt, dass die Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollte, die dritthöchste Differenz auf. Auch hier fällt aus explorativer Perspektive auf, dass diese drei Items die wichtigsten Beziehungen in dem Fallbeispiel aufgreifen. Das Item, das besagt, dass die Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollte, bringt ihren Willen (unter anderem in der Beziehung zu ihrem Sohn) zum Ausdruck und legt damit den Wert Respekt vor der Autonomie der Mutter nahe. Das Item, das besagt, die Schweigepflicht des Arztes gelte aus rechtlicher Sicht auch über den Tod der Mutter hinaus, tangiert dessen Beziehung gegenüber der Mutter, was die Werthaltung Loyalität und Schutz der sozialen Ordnung nahe legt. Zuletzt legt das Item, das über den Kinderwunsch des Patienten aufklärt, den Wert Fürsorge bzw. Verantwortung in der Beziehung des Arztes zu seinen Patienten nahe. Die Vorzeichen der Itemmittelwerte entsprechen der prognostizierten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen.

6. 1. 7. Differenzen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen

Der im vorausgehenden Abschnitt beschriebene Befund, dass sich die Mittelwerte der deskriptiven und präskriptiven Aussagen nicht gravierend unterscheiden, wurde, wie im Abschnitt 5. 2. beschrieben, statistisch mittels *t*-Testen überprüft. Dabei wichen vier Differenzverteilungen signifikant von null ab, wobei allerdings die signifikante durchschnittliche Differenz des dritten Fallbeispiels von -0,2 und sechsten Fallbeispiels

von 0,27 aufgrund ihrer Marginalität als unbedeutend eingeschätzt werden. Die Mittelwerte der Differenzen zwischen deskriptiven und präskriptiven Aussagen betragen bezüglich des ersten Fallbeispiels -0,68 und bezüglich des fünften Fallbeispiels 0,77 und weichen damit nicht nur signifikant von null ab, sondern weisen auch einen Betrag auf, der nicht als unbedeutend angesehen werden kann. Inhaltlich kann dies für das erste Fallbeispiel so interpretiert werden, dass sich die Probanden selbst weniger sicher gegen das Verschreiben des Medikaments entscheiden, als sie sich sicher sind, dass es moralisch geboten wäre. Die Differenz der Aussagen zum fünften Fallbeispiel kann dahingehend interpretiert werden, dass die Probanden sich selbst weniger sicher für das Ansprechen des Vorfalls entscheiden, als sie sich sicher sind, dass es moralisch geboten wäre. Wie bereits ausgeführt ist es möglich, die Differenz bezüglich der Aussagen im fünften Fallbeispiel auf Eigeninteresse zurückzuführen, da im Fallbeispiel infolge des Ansprechens ein Schaden für die eigene Person prognostiziert wird. Die Differenz im ersten Fallbeispiel lässt sich allerdings nicht ohne Weiteres durch Eigeninteresse erklären. Zudem wirkt sich das suggerierte Eigeninteresse im vierten Fallbeispiel nicht auf die betreffenden Aussagen aus. Daher macht es vielmehr Sinn, die Differenzen auf den von Rest (1983, S. 569; 1994, S. 25, vgl. auch Abschnitt 2. 4. 4.) sogenannten moralischem Charakter bzw. dessen Fehlen zurückzuführen, da sowohl im ersten als auch im fünften Fallbeispiel Charakterstärke und Courage notwendig sind, die als moralisch erkannte Handlung tatsächlich durchzuführen. Eigeninteresse und damit die Bevorzugung vormoralischer Motive gegenüber moralischen kann in Rests Diktion als Mangel an moralischer Motivation (vgl. Abschnitt 2. 4. 3.) bezeichnet werden (Rests, 1983, S. 563-569; 1994, S. 25). Dieser kann aber, wie ausgeführt, nicht zur Erklärung in beiden fraglichen Fallbeispielen herangezogen werden.

6. 1. 8. Antwort auf die dritte Forschungsfrage

Abgesehen von der inhaltlichen Interpretation der Abweichungen zwischen den deskriptiven und präskriptiven Aussagen wurden die Differenzverteilungen berechnet, um die dritte Forschungsfrage (vgl. Abschnitt 3. 3.) zu beantworten. Resümierend lässt sich konstatieren, dass die über die Mittelwerte der Differenzverteilungen ermittelten Trends nicht so gravierend sind, dass potenzielle, aus den Situationsmerkmalsbewertungen geschlossene Faktoren, die Varianz der präskriptiven Aussagen erklären, nicht auch zur Erklärung der Varianz der deskriptiven Aussagen herangezogen werden können.

Da ein geringer Teil der Probanden deutliche Differenzen zwischen den unterschiedlichen Aussageformen aufweist, macht es Sinn, die Differenzen individualdiagnostisch zu betrachten, bevor aus den präskriptiven Aussagen Rückschlüsse auf die deskriptiven gezogen werden. Individualdiagnostisch kann konstatiert werden, dass bei mehr als 80% der Fälle die Differenzen gering sind und somit ein deutlicher Zusammenhang zwischen den unterschiedlichen Aussagen besteht. Bei mehr als zwei Prozent der Fälle bestehen allerdings deutliche Differenzen zwischen den Aussagen, wodurch der Rückschluss von den präskriptiven Aussagen auf die deskriptiven nicht gerechtfertigt erscheint. Daraus lässt sich andererseits schließen, dass sich zumindest bei diesen Probanden kein Konsistenzbedürfnis auf die Aussagen auswirkt oder die intermediäre Fallbeispielbearbeitung vor der wiederholten Präsentation der Fallbeispiele so gut als Distraktor wirkt, dass sich bestimmte Faktoren wie der postulierte moralische Charakter differenzbildend auf die Aussagen auswirken können. Die Prognose zumindest von hypothetischen Entscheidungen anhand von präskriptiven Aussagen schien damit nach individualdiagnostischer Begutachtung der Differenzen bedingt gerechtfertigt.

6. 2. Interpretation der inferenzstatistischen Datenauswertung

Im Folgenden sollen zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage die vorgefundenen Zusammenhänge der Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidungen interpretiert werden. Anschließend werden zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage die Ergebnisse der über fünf Fallbeispiele berechneten Faktorenanalyse erörtert. Wie im Abschnitt 4. 6. beschrieben, wurde vorab das erste Fallbeispiel aus der Datenauswertung ausgeschlossen, um die Prognostizität der potentiellen situationsübergreifenden Faktoren anhand der Entscheidung bezüglich des exkludierten Fallbeispiels evaluieren zu können. Die Interpretation der Faktorenanalysen über die einzelnen Fallbeispiele und einzelnen Handlungsoptionen gibt im Anschluss Aufschluss über die fallbeispielinterne Struktur der Items. Nachfolgend wird untersucht, ob mit den Handlungsoptionsfaktoren ungewollt situationsübergreifende Faktoren mit herauspartialisiert wurden. Daraufhin wird die Faktorenanalyse über die Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren explorativ betrachtet. Abschließend werden

die Befunde zu den untersuchten Gruppenunterschieden zwischen Psychologen und Medizinern sowie weiblichen und männlichen Probanden interpretiert.

6. 2. 1. Hoher Zusammenhang zwischen Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidung

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage, welcher Zusammenhang zwischen Entscheidungen und Bewertungen der zugehörigen relevanten Situationsmerkmale besteht, wurde zunächst eine multiple Regression der Entscheidungen auf die zugehörigen, ethisch relevanten Situationsmerkmale berechnet. Die hohe Varianzaufklärung der multiplen Regressionen, die im Durchschnitt 46 Prozent beträgt, belegt, dass die Situationsmerkmalsbewertungen mit der Entscheidung in irgendeiner Weise in Zusammenhang stehen. Möglich wäre, dass die Situationsmerkmalsbewertungen die Entscheidung beeinflussen oder umgekehrt, oder dass eine Wechselbeziehung besteht, oder beide durch dieselben Variablen beeinflusst werden. Der Versuch, die Entscheidungen aus den Situationsmerkmalsbewertungen zu prognostizieren, wird dadurch also zumindest nicht hinfällig. Allerdings ist es notwendig, den Zusammenhang eingehender zu untersuchen.

6. 2. 2. Keine situationsübergreifenden Faktoren im ersten Auswertungsschritt

Gegenstand der ersten Forschungsfrage war die Suche nach situationsübergreifenden, entscheidungsbeeinflussenden Faktoren, die aus präskriptiven Aussagen zur Entscheidungsrelevanz von Merkmalen unterschiedlicher fiktiver Situationen extrahiert werden können. Die Voraussetzung, dass die Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidungen in Zusammenhang stehen, wurde bereits bestätigt. Im ersten Schritt zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde daher eine Faktorenanalyse über die Bewertungen der ethisch relevanten Situationsmerkmale von fünf Fallbeispielen berechnet. Neun der vierzehn Faktoren zeigen Ladungen über 0,3 lediglich auf Items eines Fallbeispiels. Ein weiterer Faktor weist zusätzlich zu den Ladungen über 0,3 auf den Items eines Fallbeispiels, eine weitere substanzielle Ladung auf einem Item eines anderen Fallbeispiels auf. Damit können jeweils zwei Faktoren eindeutig einem Fallbeispiel zugeordnet werden. Die übrigen vier Faktoren weisen zu wenige substanzielle Ladungen

auf, als dass sie sinnvoll als Werthaltungen interpretiert werden können (vgl. Guadagnoli und Velicer, 1988, S. 271). Die Überzahl der Faktoren wird dementsprechend nicht durch situationsübergreifende, sondern situationsspezifische Einflüsse dominiert, was aus explorativer Forschungsperspektive nahelegt, letztere soweit möglich zu erfassen und herauszupartialisieren. Im ersten Schritt war es somit nicht möglich, entscheidungsbeeinflussende Faktoren zu finden, die als Werthaltungen interpretiert werden können.

6. 2. 3. Zwei dominierende Faktoren pro Fallbeispiel

Die Faktorenanalysen über die Items der einzelnen Fallbeispiele belegen, dass auf die Bewertungen der Situationsmerkmale jedes Fallbeispiels zwei dominierende Faktoren wirken. Die Parallelanalysen nach Horn (1965) und die vorgefundenen Einfachstrukturen (vgl. Thurstone, 1947) lassen vermuten, dass zwei Faktoren pro Fallbeispiel gut interpretierbar sein sollten, was sich auch bestätigt, denn die Faktorstruktur entspricht exakt und unerwartet klar der theoretischen Zuordnung der Situationsmerkmale zu den Handlungsoptionen. Dies ist umso überraschender, da die bewusste Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen einen gewissen kognitiven Aufwand benötigt, wie in Voruntersuchungen festgestellt wurde. Soll beispielsweise das letzte Item des letzten Fallbeispiels zugeordnet werden „Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.“, müssen mehrere Implikationen beachtet werden. Die zugehörige Instruktion lautet „Wie stark sollte der Mediziner Ihrer Meinung nach die einzelnen, für sich betrachteten* Informationen als Argument für oder gegen das Mitteilen der Diagnose der Mutter beachten? (*Wenn kein anderes Argument für oder gegen die Handlung sprechen würde)“. Die Information, dass ein Krankheitsbeginn nicht verzögert werden kann, spricht nicht für das Mitteilen, denn prinzipiell ist es nicht angenehm zu wissen, möglicherweise selbst die Disposition für diese Erkrankung zu haben. Bei behandelbaren Krankheiten wird das Leid des Wissens über die eigene Erkrankung aufgrund der möglichen Reduktion zukünftigen Leids in Kauf genommen. Die Hoffnung, eine potenzielle Krankheit frühzeitig und dadurch erfolgreich behandeln zu können, ist im Allgemeinen vermutlich das ausschlaggebende Motiv bei der Zustimmung zur Diagnosestellung, was entfällt, wenn die Krankheit nicht behandelbar ist. Die Mitteilung über die Wahrscheinlichkeit der eigenen Erkrankung schafft daher zusätzlich zum Wissen nur Leid (abgesehen von einer gewissen Autonomie) ohne den Vorteil, anderes Leid

vermeiden zu können. Daher spricht die oben genannte Information gegen das Mitteilen und wird daher mit Argumenten für das Verschweigen gleichgesetzt, wie es die Voruntersuchungen ergeben haben. Ein weiterer Befund der Voruntersuchungen war, dass die bewusste Zuordnung der Situationsmerkmale zu den vier Kategorien (bzw. den analogen für die weiteren Fallbeispiele) „für das Mitteilen“, „gegen das Mitteilen“, „für das Verschweigen“ und „gegen das Verschweigen“ pro Fallbeispiel mehr als fünf Minuten beansprucht hat. Die 421 Probanden haben allerdings für den kompletten Fragebogen im Durchschnitt lediglich 29 Minuten und 48 Sekunden benötigt, was die Vermutung nahelegt, dass die Zuordnung kaum bewusst erfolgt ist. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass die Probanden, um die aufwendige Zuordnungsleistung erbringen zu können, auf das zur parallelen Datenverarbeitung fähige System 1 (vgl. Kahneman, 2003; Saunders, 2009) rekurriert haben. Resümierend kann man daher konstatieren, dass es sehr wahrscheinlich ist, dass die Bewertung der Handlungsoptionen Einfluss auf die Bewertung der Situationsmerkmale nimmt, die Situationsmerkmale im Fragebogen vermutlich eher intuitiv bewertet werden, und wahrscheinlich ebenfalls die Bewertungen der Handlungsoptionen intuitiv vorgenommen werden.

Das von Festinger (1978) auf Dissonanzreduktion zurückgeführte Phänomen, dass nach einer Entscheidung Informationen, die für die gewählte Handlungsoption sprechen, positiver gewertet werden, und Informationen, die gegen die gewählte Entscheidung sprechen, negativer valenziert werden als vor der Entscheidung, ließe die Bewertungen aller Informationen hoch mit einem Faktor korrelieren. Diese Art der postdeziionalen Dissonanzreduktion zur Konsolidierung der Entscheidung in der beschriebenen Form scheint daher nicht den höchsten Einfluss zu besitzen. Ebenfalls kann nicht davon ausgegangen werden, dass der Einfluss der von Lind (1985b) konstatierten Meinungskonformität auf die Situationsmerkmalsbewertungen dominiert, da dieser ebenfalls lediglich Ladungen auf einem Faktor zur Folge haben sollte. Da die Faktorstruktur gut erklärbar wäre, falls davon ausgegangen werden könnte, dass die Probanden unterschiedliche Dissonanzreduktionsstile in der Form besitzen, dass ein Teil stärker die gewählte Handlungsoption aufwertet, der andere Teil stärker zu einer Abwertung der vermiedenen Handlungsoption tendiert, wäre es notwendig, die Manifestationsform des Dissonanzreduktionsdrucks differenzialdiagnostisch zu untersuchen.

6. 2. 4. Hohe Entscheidungsvarianzaufklärung durch einen Faktor pro Handlungsoption

Interpretation der Faktorenanalysen über die einzelnen Handlungsoptionen: Da die Bewertung einer Handlungsoption lediglich Einfluss auf die Situationsmerkmale nehmen sollte, welche dieser Handlungsoption zugeordnet werden, wurde wie im Abschnitt 5. 4. 4. beschrieben eine Faktorenanalyse über die Bewertungen der Situationsmerkmale, die einer Handlungsoption zugeordnet werden können, berechnet und nur ein Faktor extrahiert. Dabei legen die Parallelanalysen und die hohen Varianzaufklärungen (die durchschnittlich 52 Prozent betragen) der einzelnen Faktoren nahe, dass sich die Items gut durch einen Faktor zusammenfassen lassen. Die relativ niedrigen Determinationskoeffizienten der zwei Handlungsoptionsfaktoren eines Fallbeispiels deuten darauf hin, dass sich die Items eines Fallbeispiels nicht gut durch einen Faktor erklären ließen, was die im vorausgehenden Abschnitt dargelegte Vermutung bestätigt, dass sowohl der von Lind (1985b) konstatierte Faktor Meinungskonformität als auch die Kognition über die Entscheidung im einfachen Sinne der Dissonanztheorie von Festinger (1978) keinen starken Einfluss auf die Bewertung der Situationsmerkmale nimmt, sondern für beide Handlungsoptionen eines Fallbeispiels getrennte Einflussfaktoren bestehen. Überraschend sind dabei die hohen Faktorladungen, da bei der Konstruktion der Fallbeispiele darauf geachtet wurde die Items in Bezug auf die Werthaltungen möglichst heterogen zu gestalten.

Interpretation der multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die Handlungsoptionsfaktoren: Die multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die Handlungsoptionsfaktoren zeigen zum einen, dass die Varianz der Entscheidungen bezüglich mancher Fallbeispiele schon durch die zwei zugehörigen globalen Handlungsoptionsbeurteilungen zu mehr als der Hälfte aufgeklärt wird, zum anderen belegen sie, dass die Varianzaufklärung der zwei Handlungsoptionsfaktoren sich nicht stark von der Varianzaufklärung aller Items des betreffenden Fallbeispiels unterscheidet, woraus sich schließen lässt, dass im Wesentlichen diese beiden Faktoren pro Fallbeispiel für den Zusammenhang der Situationsmerkmalsbewertungen und der Entscheidungen verantwortlich sind. Dementsprechend liegt es nahe anzunehmen, dass die weitgehend unabhängige Valenzierung der Handlungsoptionen sowohl Einfluss auf die Entscheidung als auch auf die Beurteilung der Handlungsoptionen nimmt, und zudem die Faktoren, die

die Bewertung der Handlungsoptionen beeinflusst haben, vermutlich weniger Einfluss auf die Situationsmerkmalsbewertungen nehmen als die Handlungsoptionen an sich.

6. 2. 5. Kein Hinweis auf versehentlich herauspartialisierte Werthaltungen

Die Korrelationen der Handlungsoptionsfaktoren mit den Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren wurden berechnet, um Anhalte darüber zu bekommen, ob mit den Handlungsoptionsfaktoren versehentlich situationsübergreifende Faktoren wie beispielsweise Werthaltungen mit herauspartialisiert wurden. Unter der Annahme, dass die Situationsmerkmalsbewertungen sowohl von situativen als auch von situationsübergreifenden Einflüssen determiniert werden und beim Herauspartialisieren der durch die Faktorenanalysen ermittelten Faktoren ein Großteil der situativen Einflüsse aus den Daten entfernt werden, sollten die verbleibenden Residuen hauptsächlich durch situationsübergreifende Faktoren beeinflusst sein. Falls versehentlich ein situationsübergreifender Faktor mit herauspartialisiert wurde, beispielsweise weil eine Handlungsoption vorwiegend Merkmale aufweist, die eine bestimmte Werthaltung ansprechen, sollte dieser Faktor mit den Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die Handlungsoptionsfaktoren anderer Fallbeispiele korrelieren. Ein Faktor korreliert nach der Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeitskorrektur mit Hilfe der Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) tatsächlich mit drei fallbeispielfremden Residuen signifikant. Diese sind:

- „Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen.“
- „Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder daraufhin zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte.“
- „Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.“

Das erstgenannte Item nennt Begleiterscheinungen, die aus hedonistischer Perspektive zu vermeiden sind. Das Thema des zweiten Items ist im Wesentlichen der autonome Wille der Klientin. Das dritte Item tangiert die (Werthaltung) Leistung, welche im Eigeninteresse der

Psychotherapeutin in Ausbildung liegt. Die drei Items können somit keiner gemeinsamen Werthaltung zugeordnet werden. Die Ergebnisse der korrelativen Untersuchung geben somit keinen Anlass zur Befürchtung, eine Werthaltung mit den Handlungsoptionsfaktoren herauspartialisiert zu haben.

6. 2. 6. Keine situationsübergreifenden Faktoren im zweiten Auswertungsschritt

Die anschließende Berechnung der Faktorenanalyse und Parallelanalyse über die Residuen der Regressionen der Situationsmerkmalsbewertungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren ergab allem voran, dass SPSS die Matrix für eine Faktorenanalyse für nicht geeignet hält. Das mag daran liegen, dass eine Faktorenanalyse aufgrund der geringen Korrelationen der varianzreduzierten Residuen keine interpretierbaren Ergebnisse liefern wird. Unter anderem deswegen sind die folgenden Ausführungen zu der über die Residuen berechneten Faktorenanalyse ausschließlich aus explorativer Forschungsperspektive interessant. Nach der Parallelanalyse zu urteilen wären 18 Faktoren zu extrahieren, was mehr wären als sinnvoll gehandhabt werden könnten, wenn es tatsächlich Werthaltungen wären. Allerdings weist die Hälfte der Faktoren lediglich substanzielle Ladungen (über dem Wert von 0,25) innerhalb der Items eines Fallbeispiels auf. Diese Faktoren können keinesfalls als situationsübergreifend erachtet werden. Drei dieser 18 Faktoren weisen zusätzlich zu den substanziellen Ladungen auf Items eines Fallbeispiels eine weitere substanzielle Ladung auf einem Item eines anderen Fallbeispiels auf. Auch diese Faktoren können nicht als situationsübergreifend erachtet werden. Dementsprechend muss konstatiert werden, dass zumindest drei Viertel der Faktoren, die sich nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren ergeben, immer noch durch fallbeispielspezifische Einflüsse bedingt sind. Daraus lässt sich einerseits folgern, dass nicht alle fallbeispielspezifischen Einflüsse mit den Handlungsoptionsfaktoren herauspartialisiert wurden, was nicht überrascht. Andererseits scheinen fallbeispielübergreifende Faktoren, wie Werthaltungen es sein sollten, so geringen Einfluss zu besitzen, dass sie selbst nach dem Herauspartialisieren eines hohen Anteils situationspezifischer Varianz statistisch nicht dominieren.

Die Interpretation der verbleibenden Faktoren gestaltet sich schwierig. Zum einen ist dies durch die geringen Ladungen der Items auf den Faktoren bedingt, als Weiteres bildet

sich in Bezug auf diese sechs Faktoren keine Einfachstruktur heraus. Mehrere Items laden auf mehreren Faktoren substantiell. Um zu überprüfen, ob der Interpretationsversuch Sinn macht, wurde eine schrittweise multiple Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel, dessen Daten bisher nicht mit in die Datenauswertung eingeflossen sind, auf die extrahierten Faktoren berechnet. Dabei wurden zwei Variablen in das Modell aufgenommen, die lediglich 2,3 Prozent der Entscheidung aufklären. Die erste der zwei Variablen, der 16. Faktor aus der zuvor berechneten Faktorenanalyse, weist lediglich zwei Ladungen über 0,4 auf. Diese betreffen Items aus dem zweiten Fallbeispiel. Die zweite Variable, der 18. Faktor, weist lediglich eine Ladung über 0,4 auf. Diese betrifft ebenfalls ein Item aus dem zweiten Fallbeispiel. Fest steht damit, dass sich in den Daten keine Anzeichen des Einflusses von Werthaltungen auf die Situationsmerkmalsbewertungen und Entscheidungen finden lassen.

6. 2. 7. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Medizinerinnen und Psychologinnen sowie weiblichen und männlichen Probanden

Zuletzt wurden die punktbiserialen Korrelationen (vgl. Bortz, 1999, S. 215-216) zwischen dem Geschlecht respektive der Berufszugehörigkeit und den deskriptiven bzw. präskriptiven Aussagen sowie den Situationsmerkmalsbewertungen untersucht. Zwischen den beiden Berufsgruppen bestehen weder substantielle noch andere Unterschiede, die nach der Bonferroni-Holm Prozedur signifikant bleiben. Dies lässt annehmen, dass weder die Selbstselektion zu den beiden Studiengängen, noch die unterschiedliche Sozialisation durch die Studiengänge, noch der Unterschied, dass die Approbationsordnung vom 3. Juni 2002 ethisches Wissen als Prüfungsinhalt für das Medizinstudium in der Bundesrepublik Deutschland vorsieht (Approbationsordnung für Ärzte §§ 27 & 36; vgl. Engelhardt, 1997, S. 26-27), die für Psychologiestudierende allerdings in Deutschland so nicht gegeben ist, sich unterschiedsbildend auf die Entscheidungen und Situationsmerkmalsbewertungen auswirkt.

Die Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Probanden sind ebenfalls weitgehend nicht substantiell. Dies überrascht, da zwei Fallbeispiele Sachverhalte schildern, von denen Frauen prinzipiell mehr betroffen sind als Männer. Bezüglich des Fallbeispiels, in dem die Protagonistin gebeten wird, eine Klientin zur Sterilisation zu überreden, könnte man erwarten, dass männliche Probanden eher die Sterilisation

favorisieren als weibliche. Genauso ließe sich vermuten, dass es geschlechtsspezifische Effekte bezüglich des Fallbeispiels gäbe, das über den sexuellen Missbrauch einer Klientin durch ihren Therapeuten berichtet. In der Entscheidung unterscheiden sich weibliche und männliche Probanden allerdings nicht. Das einzige Item, das nach der Bonferroni-Holm Prozedur signifikant bleibt, beinhaltet nichts offensichtlich Genderspezifisches. Dies bestätigt die Befunde von Reiter-Theil und Hiddemann (1997, S. 555) die ebenfalls (konträr zur Hypothese von Gilligan, 1982) in einer an Medizinethik interessierten multiprofessionellen Stichprobe aus vorwiegend Medizinerinnen und anderen heilberuflich Tätigen keine genderspezifischen Unterschiede im moralischen Urteilen fanden. Aus explorativer Perspektive können somit keine Hinweise auf berufsgruppen- oder geschlechtstypische Unterschiede in den deskriptiven und präskriptiven Aussagen sowie in der Valenzierung der Situationsmerkmale festgestellt werden.

7. Diskussion

»Ich« sagst du und bist stolz auf diess Wort. Aber das Grössere ist, woran du nicht glauben willst, – dein Leib und seine grosse Vernunft: die sagt nicht Ich, aber thut Ich. (Nietzsche, 1907, S. 42)

In diesem abschließenden Kapitel sollen zunächst die Realisierbarkeit des geplanten Testinstruments diskutiert und die kritischen Aspekte der Forschungsmethode und des Forschungsziels erörtert werden. Anschließend soll ein Bezug zwischen den Forschungsergebnissen und der bestehenden Forschung hergestellt werden, um davon ausgehend Anregungen für die konkrete Entscheidung in moralisch problematischen Situationen und zur Didaktik der Vermittlung von Ethik abzuleiten.

7. 1. Realisierbarkeit eines Testinstruments zur ethischen Kompetenzmessung

Im Allgemeinen scheint der “confirmation bias” (vgl. Nickerson, 1998, S. 175) auch Wissenschaftlern zu unterlaufen. Zudem schreiben Song, Eastwood, Gilbody, Duley und Sutton (2000): “The empirical evidence demonstrates that studies with significant results or favourable results are more likely to be published or cited than those with non-significant or unfavourable results.” (S. iii). Das Bestreben publizierender Wissenschaftler scheint aufgrund des “confirmation bias” und der besseren Publizierbarkeit positiver Befunde dazu zu tendieren, negative Befunde zu vermeiden bzw. nicht zu berichten. Anzunehmen wäre daher, wie auch Fanellis (2010) Befunde vermuten lassen, dass die Authentizität berichteter negativer Befunde sogar höher sein sollte als die positiver. Der Befund, dass eines der eingangs gestellten übergeordneten Ziele dieser explorativ ausgelegten Studie prinzipiell in der angestrebten Form nicht umgesetzt werden kann, wird hier daher genauso berichtet wie die weiteren interessanten und forschungsanregenden Befunde.

Als übergeordnetes Ziel wurde im Kapitel 1 u. a. die Erstellung eines Testinstruments zur Erfassung der ethischen Kompetenzen von Medizinern und Psychologen festgelegt.

Grundlegende Voraussetzung dafür ist es, situationsübergreifende Faktoren zu finden, die die Entscheidungen in ethisch brisanten Situationen beeinflussen. Eine weitere erschwerende Prämisse war, dass lediglich auf freiwillige Probanden rekurriert werden konnte und deswegen nur ein Fragebogen eingeschränkten Umfangs zur Datenerhebung verwendet werden konnte. Daher wurde versucht, die potentiellen situationsübergreifenden Faktoren aus präskriptiven Aussagen der Probanden über die Entscheidungsrelevanz von Situationsmerkmalen zu erschließen. Die Selbstauskünfte zeigen zwar starke Zusammenhänge mit der Entscheidung, in ihrer Faktorstruktur lassen sich allerdings keine situationsübergreifenden Einflüsse erkennen. Vielmehr stützt die Faktorstruktur die in der jüngeren Forschung verbreitete Annahme, die Bewertung von Handlungsoptionen erfolge intuitiv (vgl. Haidt, 2001, 2007; Evans & Over, 1996; Bargh & Chartrand, 1999; Kahneman, 2003; Carruthers, 2009; Samuels, 2009; Saunders, 2009). Die für die ethische Kompetenzbestimmung notwendigen situationsübergreifenden Faktoren konnten somit nicht aus den Selbstauskünften der Probanden erschlossen werden.

7. 2. Kritik an der Forschungsmethode und dem Forschungsziel

Selbstverständlich bedeutet dies weder, dass Entscheidungen vollständig intuitiv getroffen werden, noch dass situationsübergreifenden Faktoren, wie es Werthaltungen sein könnten, auf Entscheidungen gar keinen Einfluss nehmen. Dies widerspräche dem allgemeinen, introspektiven Verständnis von Entscheidungen, denn zum einen wird der Entscheidungsprozess wie im Abschnitt 3. 2. 9. 2. dargelegt als bewusst wahrgenommen, zum anderen treffen Probanden Aussagen über ihre Werthaltungen (vgl. unter anderen Rokeach, 1973; Reiter & Steiner, 1977, 1978a, 1978b; Schwartz & Blisky, 1987; Schwartz, 1992, 1994). Wie hoch die Validität solcher Selbstauskünfte über die eigenen Werthaltungen ist, lässt sich schwer bestimmen. Anhand der Forschungsergebnisse scheint es allerdings unwahrscheinlich, dass die konkreten Situationsmerkmale bewusst mit eigenen Werthaltungen abgeglichen werden.

Mögliche weitere Wege der Entscheidungsfindung: Da die Forschungsmethode auf das übergeordnete Ziel ausgerichtet wurde, lässt sie andere Wege der Entscheidungsfindung außer Acht. Beispielsweise wäre es möglich, dass Werthaltungen unbewusst wirken und

die ethische Angemessenheit der Entscheidungen von Probanden dementsprechend von Faktoren beeinflusst wird, die in Befragungen nicht erfasst werden können, oder dass zu viele Werthaltungen bewusst oder unbewusst angewendet werden, als dass sie aus der geringen Anzahl erhobener Situationsmerkmalsbewertungen herausfaktoriert werden könnten, was eine höhere Bandbreite an Situationsmerkmalen pro Fallbeispiel notwendig machen würde. Möglich ist ebenfalls, dass statt Werthaltungen spezifische soziale Normen, komplexe Entscheidungsregeln oder Prinzipien bei der Entscheidung berücksichtigt werden, die mit der gewählten Methode ebenfalls nicht erfasst werden können. Zudem ist es denkbar, dass die Trennung der Situationsmerkmale nicht ausreichend gelungen ist, so dass bestimmte Items gleichzeitig mit unterschiedlichen Werthaltungen korrespondieren oder unterschiedliche Situationsmerkmale synthetisch und nicht isoliert (wie hier präsentiert) betrachtet werden.

Angenommene Additivität der Einflüsse: Beim Herauspartialisieren der situativen Einflüsse wurde davon ausgegangen, dass situative und situationsübergreifende Einflüsse additiv wirken. Prinzipiell ist es allerdings möglich, dass situative und situationsübergreifende Faktoren miteinander interagieren. Dadurch wären situationsübergreifende Faktoren nach dem Herauspartialisieren nicht mehr erfassbar. Diese Probleme ließen sich umgehen, wenn den Probanden mehrmals dasselbe Fallbeispiel, jeweils mit einzelnen Modifikationen zur Entscheidung vorgelegt würde. Dieses Vorgehen würde es ermöglichen, individuell entscheidungsrelevante Situationsmerkmale zu isolieren. Im Anschluss ließe sich testen, ob dieses Situationsmerkmal aufgrund einer einzelnen Norm oder einer generelleren Werthaltung entscheidungsrelevant ist, indem den Probanden andere Fallbeispiele zur Entscheidung vorgelegt werden, in denen Situationsmerkmale enthalten sind, die mit der Werthaltung des individuell als relevant erachteten Situationsmerkmals korrespondieren. Um einen Überblick über die Werthaltungen der Probanden zu erhalten, würde das Testinstrument durch dieses Vorgehen allerdings recht umfangreich werden.

Mangelnde Repräsentativität der Daten: Die Repräsentativität der Daten kann für die Gesamtheit der Mediziner und Psychologen nicht vorbehaltlos angenommen werden. Beim Rekurrieren auf freiwillig teilnehmende Probanden ist zwangsläufig von einer Selbstselektion auszugehen. Möglicherweise handelt es sich bei den vollständig erfassten Probanden um Teilnehmer, die in einem überdurchschnittlichen Maß an ethischen Themen oder Herausforderungen interessiert sind und daher geneigt waren, die notwendige Zeit

aufzuwenden. Das lässt allerdings ebenfalls vermuten, dass Entscheidungen der nicht teilgenommenen Mediziner und Psychologen wahrscheinlich weder reflektierter noch bewusster getroffen werden, zudem, dass ihre Situationsmerkmalsbewertungen nicht mehr Anhaltspunkte für Werthaltungen aufweisen würden.

Ethische Problematik des Fragebogens: Lang (1978) merkt an, dass Psychodiagnostik prinzipiell ethische Fragen aufwirft, insbesondere die Autonomie der diagnostizierten Person infrage stellt. „Professionell betriebene psychologische Diagnostik und Autonomie der Person sind antagonistisch“ (S. 20), daher wäre, wenn die Konstruktion des Fragebogens zur Erfassung der ethischen Kompetenz von Psychologen und Medizinerinnen erfolgreich gewesen wäre, die ethische Akzeptabilität der Anwendung des Fragebogens zu diskutieren. Ein Argument für die Verwendung eines solchen Fragebogens wäre sicherlich die Entdeckung stark nonkonform denkender Mediziner mit der Möglichkeit, Patienten- und Ärzteschicksale wie die des Sängers Michael Jackson und betroffener Ärzte infolge der an ihm praktizierten wunscherfüllenden, plastischen Chirurgie beispielsweise durch Diskussion und Assimilation oder Akkommodation zu vermeiden. Auch konstatiert Honnefelder (1997): „Soweit es um verantwortliches, professionelles Handeln geht, darf das Gelingen der praktischen Überlegungen nicht natürlichen Begabungen oder dem glücklichen Zufall überlassen werden.“ (S. 42)

7. 3. Die Forschungsergebnisse im Zusammenhang bestehender Forschung

Zwangsläufigkeit von Inkommensurabilitäten: Ein Schluss, den man aus der Abhandlung der ethischen Theorien im Abschnitt 3. 1. ziehen kann, ist, dass keine ethische Theorie, die sich auf ein oder mehrere Prinzipien, Normen, Werte oder auch Tugenden stützt, geeignet ist, Inkommensurabilitäten restlos zu vermeiden. Entweder sind sie gebilligter Bestandteil der Theorien, wie beispielsweise in der prinzipienorientierten Medizinethik von Beauchamp und Childress (1994) oder den Tugendethiken, oder sie treten bei der Anwendung der Theorien auf, wie es bei den deontologischen oder utilitaristischen Theorien der Fall ist. Ebenfalls ist es nicht denkbar, dass die „norms database“ (Saunders, 2009, S. 341; vgl. auch Sripada & Stich, 2006) so viele und spezifische Normen enthält, dass keine Inkommensurabilitäten auftreten können. Ethische Konflikte können daher nur

in Ausnahmefällen vollständig und zweifelsfrei anhand ethischer Theorien oder internalisierter Normen gelöst werden. In den meisten Fällen bleiben Inkommensurabilitäten und damit die Ambiguität bezüglich der Entscheidung aus rationaler Perspektive bestehen. Wie bereits im Abschnitt 2. 3. erwähnt, ist daher ein übergeordnetes, universelles Kriterium zur konkludierenden Beurteilung der Handlungsoptionen und der folgenden Entscheidung notwendig, dem – den vorausgehenden Ausführungen gemäß – zusätzlich die Restriktion auferlegt ist, dass es der Rationalität nicht zugänglich ist (woraus sich auch erschließt, warum die Isomorphie des Entscheidungsprozesses und der Begründung nicht gegeben sein kann).

Somatische Marker als mögliches übergeordnetes Kriterium: Möglicherweise besteht dieses übergeordnete Kriterium konform zur Hypothese der somatischen Marker von Damasio (2007, 237-240), welche ihm nach entscheidungsleitende somatische Empfindungen auslösen, aus einem Gefühl auf einer Dimension mit den Polen Appetenz und Aversion, welches die durch die erlernt dispositionelle (antizipierende) Visualisierung einzelner Situationsmerkmale ausgelösten sekundären Gefühle kumuliert. Damasio (2007) zufolge können sich somatische Marker und die durch sie ausgelösten sekundären Gefühle unterhalb der Bewusstseinsschwelle auf die Bewertung der Handlungsoption auswirken, was erklären könnte, warum die für diese Forschungsarbeit erhobenen Daten pro Handlungsoption hoch auf einem Faktor laden. Andererseits können konform zu Damasio (2007) diese situationsmerkmalsspezifischen sekundären Gefühle auch bewusst wahrgenommen werden, was die Varianz der Situationsmerkmalsbewertungen innerhalb einer Handlungsoption erklären könnte. Da somatische Marker Damasio (2007, S. 249) entsprechend situationsspezifisch erlernt und ausgelöst werden und somit keinem übergreifenden Prinzip folgen, könnte die Hypothese der somatischen Marker überdies erklären, warum die Situationsmerkmalsbewertungen kaum situationsübergreifende Zusammenhänge aufweisen. Dieser Erklärungsansatz impliziert, dass der Entscheidungsprozess grundsätzlich auch bewusst ablaufen könnte, allerdings schlecht bzw. nicht in allen Details verbalisierbar ist.

Forschungsergebnisse im Licht der Zwei-Faktoren-Theorien: In einem anderen Licht erscheinen die Forschungsergebnisse unter Berücksichtigung der Forschungsergebnisse zu den Zwei-Faktoren-Theorien, mit welchen vereinbar wäre, das Werthaltungskonzept in zwei unterschiedliche, gegebenenfalls interdependente Konstrukte aufzuteilen. Denkbar

wäre analog zu Evans und Overs (1996) Rationality₁ und Rationality₂ sowie Kahnemans (2003) System 1 und System 2 die Unterteilung in Werthaltungen 1 und 2. Werthaltungen 1 erfüllten die fünf von Schwartz und Bilsky (1987) in der Literatur häufig vorgefundenen Eigenschaften von Werthaltungen "(a) concepts or beliefs, (b) about desirable end states or behaviors, (c) that transcend specific situations, (d) guide selection or evaluation of behavior and events, and (e) are ordered by relative importance" (S. 551) in der Weise, dass sie Heuristiken, die allerdings nicht bewusst abgerufen werden können, über erstrebenswerte Zustände oder Verhaltensweisen sind, die die Handlungsauswahl über einzelne Situationen hinausgehend beeinflussen und nach Wichtigkeit geordnet werden können.

Der Werthaltungsbegriff wäre dabei ein sehr weit gefasster, der auch die Normen der „norms database“ (Saunders, 2009, S. 341; vgl. auch Sripada & Stich, 2006) umfasste, so dass diese Werthaltungen 1 gegebenenfalls nur in Abhängigkeit von bestimmten Situationsmerkmalen realisiert werden, Hilfsbereitschaft beispielsweise nur personengruppenspezifisch (zum Beispiel nur älteren Menschen gegenüber oder nur Behinderten gegenüber) zum Tragen kommt. Ihre Existenz, Eigenschaften und Wirkungsweisen, welche in Schwartz (1992, 1994, 2007, Schwartz & Bilsky, 1987) Studien berichtet werden, könnten dann nur aus der Konstanz im eigenen Verhalten erschlossen werden, worüber sie theoretisch Einfluss auf die Werthaltungen 2 nehmen könnten. Die Generalisierung zu Werthaltungen 2 erfolgte dann in Abstimmung mit sozial vorgegebenen Werten aus der undifferenzierten Selbstbeobachtung, beispielsweise, wenn die selektive Hilfe bestimmter Personengruppen in bestimmten Situationen als generelle Hilfsbereitschaft interpretiert wird. Werthaltungen 2 erfüllten die fünf von Schwartz und Bilsky (1987) genannten Eigenschaften insofern, als sie transsituative Überzeugungen über erstrebenswerte Zustände oder Verhaltensweisen sind, die zur Charakterisierung von Menschen sowie zur Erklärung, Bewertung, Begründung und Legitimation von Volitionen herangezogen werden. Der hier maßgebliche Unterschied ist, dass Werthaltungen 1 auf das Verhalten Einfluss nähmen, allerdings kaum bewusstseinsfähig wären. Werthaltungen 2 hingegen beeinflussten das Verhalten kaum, können allerdings bewusst abgerufen werden und dienen daher als Grundlage zur Kommunikation respektive zur Legitimation von erwünschtem und unerwünschtem Verhalten.

Die Forschungsergebnisse würden sich demzufolge auch konform zu Saunders (2009, S. 343) Zwei-Prozess Modell der Psychologie von Normen dahingehend interpretieren lassen, dass die Bewertung der im Fragebogen dargebotenen Handlungsoptionen anhand unbewusster Normen aus der „norms database“ (Saunders, 2009, S. 341) oder Werthaltungen 1 intuitiv vorgenommen wurden, welche bei der anschließenden Bewertung der einzelnen Situationsmerkmale nicht zur Verfügung standen. Bei der Situationsmerkmalsbewertung müssten die Probanden daher auf ihre Werthaltungen 2 rekurren, die allerdings zu unpräzise sind, als dass sie befriedigend auf die Situationsmerkmale angewendet werden könnten, wodurch sich erklären ließe, dass zum einen die Situationsmerkmale konform zu den Bewertungen der Handlungsoptionen geratet werden und zum anderen Phänomene wie das "moral dumbfounding" auftreten können.

Resümee somatische Marker und Zwei-Faktoren-Theorien: Beide Erklärungsansätze sind nicht erschöpfend, anhand der Hypothese der somatischen Marker lässt sich beispielsweise nicht erklären, warum Werthaltungen als kommunikatives Phänomen existieren, der zweite Ansatz kann unter anderem den Umgang mit Wertinkommensurabilitäten nicht aufklären. Die Hypothese der somatischen Marker ist zudem nicht spezifisch auf moralische Entscheidungen zugeschnitten, lässt sich allerdings gut auf sie anwenden. Wie die Forschungsergebnisse von Berthoz, Armony, Blair und Dolan (2002) sowie von Moll, Oliveira-Souza, Bramati und Grafman (2002) nahelegen, können die neuronalen Prozess moralischer und nichtmoralischer Bewertungen und Entscheidungen differenziert werden, woraus sich die Frage ergibt, ob auch die moralischen Aspekte einer Entscheidung prinzipiell anders verarbeitet werden als moralneutrale Aspekte, und ob eine spezielle Theorie für moralische Entscheidungen notwendig ist.

Die Existenz von Werthaltungen als simplifizierendes kommunikatives Phänomen lässt sich mit Metzingers (2009) Theorie des Ego-Tunnels verständlich machen. Für ihn ist das Bewusstsein ein aus evolutionärer Perspektive adaptives, virtuelles Organ, dem bestimmte Funktionen zukommen können – unter anderem „die Verbesserung der sozialen Koordination, [...] das Verstehen der geistigen Zustände von Artgenossen und die Vorhersage ihres Verhaltens in sozialen Interaktionen“ (S. 88). Im Bewusstsein tauchen Metzinger (2009) zufolge die Produkte von neuronalen Objekt-Emulatoren als transparente Repräsentationen eines Selbst und seiner Umwelt auf. Da Metzingers (2009, S. 13)

monistischer materialistischer Perspektive entsprechend ein Selbst nicht existiert, lässt sich besonders am Selbst veranschaulichen, dass die Beschaffenheit dieser Repräsentationen nicht kongruent zur Realität, sondern entsprechend ihrer Funktionalität emuliert wird. Genauso wie das seriell operierende Bewusstsein, dessen Inhalte allenfalls Simplifikationen realer Entitäten sein können, ist Sprache als eindimensionales bzw. serielles kommunikatives Medium zum interindividuellen Transfer bzw. zur Dissemination paralleler kognitiver Prozesse zwangsläufig gleichfalls auf Simplifizierung angewiesen. Bewusstseinsinhalte wie Werthaltungen sind dementsprechend ebenso allenfalls Simplifikationen realer Entitäten. Anzunehmen ist, dass sich der Begriff „Werthaltung“ sprachevolutionär betrachtet als hilfreich bei der „Verbesserung der sozialen Koordination“ (Metzinger, 2009, S. 88), beim „Verstehen der geistigen Zustände von Artgenossen und“ (Metzinger, 2009, S. 88) der „Vorhersage ihres Verhaltens in sozialen Interaktionen“ (Metzinger, 2009, S. 88) erwiesen hat.

Dazu müssen Werthaltungen nicht zwangsläufig Bezug zur Realität besitzen. Prinzipiell lassen die Forschungsergebnisse und ihre Integration in bestehende Theorien stark vermuten, dass der Bewusstseinsgrad der Prozesse moralischer Entscheidungen sowie die Isomorphie mit ihren Begründungen gering ist.

7. 4. Was lässt sich aus den Forschungsergebnissen für die Praxis ableiten?

Nimmt man die Hypothese der dominierenden unbewussten Entscheidungsanteile und der dadurch bedingten Diskrepanz zwischen Entscheidungsprozessen und Begründungen als erwiesen an, kann man aus ihr unterschiedliche Konsequenzen für die konkrete Entscheidungsfindung sowie die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Ärzten und Psychologen folgern.

7. 4. 1. Konkrete Entscheidungen und ihre Begründungen

In seiner typischen, leidenschaftlichen Ausdrucksweise konkretisiert Nietzsche (1886) zwei problematische Aspekte des allgemeinen Verständnisses des „decerno“ respektive des frei entscheidenden Ichs:

Die causa sui ist der beste Selbst-Widerspruch, der bisher ausgedacht worden ist, eine Art logischer Nothzucht und Unnatur: aber der ausschweifende Stolz des Menschen hat es dahin gebracht, sich tief und schrecklich gerade mit diesem Unsinn zu verstricken. Das Verlangen nach "Freiheit des Willens", in jenem metaphysischen Superlativ-Verstande, wie er leider noch immer in den Köpfen der Halb-Unterrichteten herrscht, das Verlangen, die ganze und letzte Verantwortlichkeit für seine Handlungen selbst zu tragen und Gott, Welt, Vorfahren, Zufall, Gesellschaft davon zu entlasten, ist nämlich nichts Geringeres, als eben jene causa sui zu sein und, mit einer mehr als Münchhausen'schen Verwegenheit, sich selbst aus dem Sumpf des Nichts an den Haaren in's Dasein zu ziehn. (S. 29)

Wie in den Abschnitten 3. 2. 9. 1. und 3. 2. 9. 2. ausgeführt, sind Entscheidungen aus neurologischer Perspektive Prozesse, die, wie bereits Libet (1978, vgl. auch Fazio, Sanbonmatsu, Powell. & Kardes, 1986; Fazio, 2001; Bargh & Chartrand, 1999; Bargh, 1999; Soon, Brass, Heinze & Haynes, 2008) belegt, unbewusst beginnen und allenfalls partiell bewusst werden. Paradoxerweise entsteht durch das gelegentliche, unverhinderbare Auftauchen von Einstellungen und Bewertungen aus dem Unterbewusstsein (vgl. Fazio, Sanbonmatsu, Powell & Kardes, 1986) – und unter einigen zusätzlichen Bedingungen (vgl. Metzinger, 2009) – der Eindruck, ein bewusstes, fortbestehendes Selbst hätte diese Entscheidung autonom und unbeeinflusst getroffen. Dieses „Ich“ genannte, bewusste Selbst beschreibt Metzinger (2009, S. 160) als Simulation eines sich selbst simulierenden Flugsimulators ohne Piloten. Der wahrgenommene Pilot oder das emulierte Selbst (vgl. Metzinger, 2009), in Bieris (2001) Diktion „heimliche Homunculus“ (S. 264), als etwas den Prozessen fremdes kann auch aus logischer Perspektive nicht existieren. Es wäre rein zufallsbedingt sowie ohne Charakter und könnte daher keiner Person zugeordnet werden. Auch wenn dieses assertorisch als existent angenommene „Ich“ lediglich als empirisch äußerst schlecht abgesichertes Konstrukt besteht, wirkt es sich nicht nur ausschließlich auf die subjektiv erlebte Realität aus (wie es beispielsweise das Konstrukt „Weihnachtsmann“, „Böser Blick“ oder von Glücksbringern macht), sondern ebenfalls als Bias auf die psychologische Theorienbildung. So ist, wie den Ausführungen von Bargh (1999) entnommen werden kann, die Verfehltheit einiger kognitivistischer Theorien (vgl. Abschnitt 2. 9. 1.) und Forschungsansätzen der von den entsprechenden psychologisch Forschenden laienhaft angenommenen Realitätsnähe und vorbehaltfreie Verwendung des Konstrukts „Ich“ geschuldet – wenn nicht sogar dem ihm vollkommen vernunftwidrig

zugeschriebenen Ansichsein, welches auch kein "ego cogito, ergo sum, sive existo" (Descartes, 1654, S. 74) beweisen kann. Unüberprüft sollte dieses Konstrukt lediglich dann Eingang in die Forschung finden, wenn seine Verwendung und deren Auswirkungen untersucht werden. Ein denkbares (kogitables) Selbst bleibt zwangsläufig prozesshaft und manifestiert sich u. a. in den bewussten Anteilen einer Entscheidung. Unter den im Abschnitt 2. 3. aufgeführten beinhaltet lediglich Nietzsches (1999) Definition von Werten diese Prozesshaftigkeit des „Ich“ (auch zeigt die gängige Kritik am Kognitivismus und ebenfalls bestimmter Kritik am Behaviorismus (vgl. Abschnitt 2. 9. 1.) Parallelen zu Nietzsches (1999) Ausführungen).

Aus neuroethischer Perspektive konstatiert Metzinger (2009) als drängende Frage: „Welche Bewusstseinszustände wollen wir fördern und kultivieren, welche sollten wir aus ethischen Gründen aus unserer Gesellschaft verbannen?“ (S. 16). In Bezug auf Entscheidungen propagiert Bieri (2001) Bewusstseinszustände der „Aneignung des Willens“ (S. 384) als Grundlage eines freien Willens und verantwortlichen Handelns. Bieri (2001) unterscheidet die drei interdependenten Dimensionen Artikulation, Verstehen und Bewerten der Aneignung des Willens. Die Artikulation des Willens dient seiner Klärung und Konkretisierung insbesondere in Hinsicht auf langfristige Ziele. Dabei kann die Artikulation Bieri (2001) zufolge reflexiv auf die Willensbildung Einfluss nehmen. Die Artikulation des Willens kann die Aneignung selbst implizieren oder im Falle eines als unfrei erlebten Willens, der sich dem eigenen Verständnis bisher entzogen hat, den Prozess der Aneignung durch Verstehen fördern. Auf Unverständnis trifft der eigene Wille konform zu Bieri (2001) dann, wenn er nicht in das persönliche Willensprofil passt und daher als unstimmig erlebt wird. Diese – von Bieri (2001) konstatierte – perzipierte Unstimmigkeit konstituiert möglicherweise das Motiv zur Selbstkonsistenz und Konstruktion eines „Ich“. Die Aneignung durch Verstehen setzt dann die exakte Artikulation der involvierten Wünsche voraus, wodurch es gegebenenfalls zur Korrektur des Willensprofils oder der vermuteten Natur des unstimmgigen Willens kommen kann. Das Verstehen des fremd erlebten Willens führt zu seiner Vereinigung mit dem eigenen Willensprofil und damit zur Auflösung seiner Fremdheit. Zudem ermöglicht das Verstehen weitere, womöglich akzeptablere Befriedigungsmöglichkeiten zu finden. Ein weiterer Teil der Aneignung des Willens besteht aus seiner metaperspektivischen Bewertung in Bezug auf seine Funktionalität und Passung zum Selbstbild. Das Wissen über diese Formen der

Willensaneignung kann dem Bewusstsein ermöglichen, konflikthaft erlebte Willenskonstellationen aufzulösen.

Durch die Aneignung des Willens wird zugleich die Verantwortung für den Willen übernommen. Sie reduziert sich weder durch die Prozesshaftigkeit noch durch die vollständige Determiniertheit des Bewusstseins und Selbst (Bieri, 2001). Nicht nur bezogen auf den praktizierenden, sich entscheidenden Psychologen oder Mediziner kann der Prozess der Willensaneignung selbstverständlich *nicht* Bestandteil täglicher Entscheidungen werden. Schon aus ökonomischen Gründen ist es keinesfalls möglich, alle Einzelheiten jeder Entscheidung abzuwägen, auch wenn es wünschenswert ist, bewusste Kontrolle über typische intuitive Entscheidungsfehler zu erlangen (vgl. Albisser-Schleger, Öhninger & Reiter-Theil, 2010) und folgenreiche Entscheidungen erst nach einer rationalen und falls realisierbar diskursiven Aufarbeitung sowie basierend auf einem intersubjektiv möglichst weitreichendem Konsens zu treffen (vgl. auch Reiter-Theil & Hick, 1998, S. 8). Zwangsläufig sind Menschen auf ihre Intuition angewiesen, um im Alltag handlungsfähig zu bleiben. Dieses Eingeständnis reduziert allerdings gleichzeitig die faktische Einflussmöglichkeit und damit auch die objektiv zuschreibbare (im Kontrast zur subjektiv übernommenen) Verantwortung des Individuums auf bzw. für die konkrete intuitiv getroffene Entscheidung und verlagert letztere auf Prozesse, die die Intuitionsbildung oder in Saunders (2009) Terminologie „norm data base“ (S. 343) beeinflussen. Reflexionen über charakteristische Einstellungen, typische Annahmen sowie wesenseigene Denkmuster und gegebenenfalls deren Korrektur scheinen dazu hilfreich. Insbesondere das dem zu Freuds (1998, S. 81) antinomischen Ziel, wo „Ich“ ist, soll „Es“ werden, kann dabei als zielführend angenommen werden, unter anderem, da das „Es“ Entscheidungen beschleunigen kann und das zeitaufwendige Bewusstmachen von Entscheidungen und ebenfalls die Annahme, schnelle Entscheidungen seien schlechte, die Zufriedenheit mit ihnen mindert, wie aus den Forschungsergebnissen von Inbar, Botti und Hanko (2011) gefolgert werden kann. Nordgren, Bos und Dijksterhuis (2011) Forschungsergebnisse weisen klar darauf hin, dass nach der bewussten Perzeption und Verarbeitung der Informationen zu komplexen Entscheidungsfragen eine Sequenz unbewusster Verarbeitung (im Experiment realisiert durch Distraction) die besten Ergebnisse erzielt. Für die Praxis bedeutet das entsprechend, komplexe Entscheidungen nicht direkt nach der bewussten Bearbeitung der Informationen überstürzt zu treffen, sondern der unbewussten Verarbeitung Zeit zu lassen wie beim von Oser (Oser & Althof,

1992) so genannten „Retentionsphänomen“ (S. 252), bei dem eine Erhöhung der Kohärenz zwischen Handlung und Urteil festgestellt wurde. Selbstverständlich ist zu berücksichtigen, dass kognitive Verarbeitungsstile auf der Dimension intuitiv-experimentell und analytisch-rational interindividuell deutlich variieren (Epstein, Pacini, Denes-Raj und Heier, 1996).

Durch die beschriebene Auffassung von Entscheidungen verändert sich ebenfalls das phänomenale Verständnis der Bedeutung von Begründungen. Intentional betrachtet sollen Begründungen zur Legitimierung einer Entscheidung bzw. eines Verhaltens dienen (vgl. Abschnitt 3. 1. 1.). Wenn plausiblerweise davon ausgegangen wird, dass die Akzeptanz der Begründung eines moralischen Urteils durch ihre Universalisierbarkeit und logische Konsistenz angestrebt wird, kann man die von Kohlberg (1995) beobachtete, mit Alter (vgl. Colby, Kohlberg, Gibbs & Lieberman, 1983) und steigendem Intelligenzquotienten (vgl. Rest, 1979; Trautner, 1991) einhergehende Veränderung der Begründungslogik auch schlicht als Eigenart eines kommunikativen Phänomens betrachten, da eben die Fähigkeit zu universalisierbaren und logisch konsistenten Begründungen mit dem IQ-Rohwert steigt. Die Stufenprävalenz der empirisch vorfindbaren Begründungen moralischer Urteile oder Handlungen lässt sich dementsprechend zum einen mit der mit Intelligenz und Alter korrelierenden Fähigkeit, universalisierbare und logisch konsistente Argumentationen hervorzubringen, und zum anderen mit dem intuitiv antizipierten Auffassungsvermögen der Zielgruppe erklären. Der Inhalt (Kohlberg, 1995) der Begründung ist sicherlich ebenfalls von der Zielgruppe und zwar durch ihren Erwartungshorizont (Krämer, 1995) beeinflusst.

Aus einer phänomenalen Perspektive können Begründungen zudem als Versuch der nachträglichen Willensaneignung durch die Dimension des Verstehens (vgl. Bieri, 2001) betrachtet werden, wodurch auch die Verantwortungszuschreibung durch Andere zu einem gewissen Grad legitimiert wird. Andernfalls kann der Wille revidiert und daraufhin zumindest die Handlungswiederholung unterlassen werden. Gegebenenfalls können sogar die negativen Handlungsfolgen restituiert werden. Als Weiteres können Begründungen als Versuch beschrieben werden, beim Zuhörenden – durch die mit der Begründung einhergehende Aufmerksamkeitsfokusverschiebung – ähnliche moralische Intuitionen wie beim Begründenden auszulösen und darüber zu einem geteilten Wollen zu finden. Haidt und Hersch (2001) konstatieren "If the intuitionist model of morality is correct, then the best

way to change moral judgments may be to trigger competing moral intuitions." (S. 191), was sich nicht nur auf Fremde, sondern auch auf die eigene Person beziehen lässt.

Bestimmte bewusste Prozesse sollten durch die Verlagerung des Aufmerksamkeitsfokus andere Motive aktivieren oder ermöglichen, die Situation zu reinterpretieren.

7. 4. 2. Lässt sich moralisches Entscheiden lehren?

Unter der Annahme, dass Menschen bei moralischen Entscheidungen zwangsläufig auf ihre Intuition angewiesen sind, wäre es erstaunlich, wenn sich das Entscheidungsverhalten durch kurzfristigen Unterricht *unmittelbar* verändern ließe. Im Gegensatz zur langjährigen Sozialisation, in der die Regeln und Normen der Gesellschaft internalisiert und der „norm data base“ (Saunders, 2009, S. 343) zugefügt werden, ist Ethikunterricht gewöhnlich begrenzt auf wenige Stunden in der Woche. Der Versuch, die internalisierten Normen direkt zu beeinflussen, sollte daher nur schwer gelingen (vgl. Bauer, 2002). Entsprechend führen konform zu Bernhard, Murphy und Little (1987) sowie Bernhard und Jara (1986) rational verstandene Normen nicht zwangsläufig zu einer Verhaltensänderung. Ebenfalls scheint es nicht sinnvoll, in der Hoffnung, sie würden sich auf die Entscheidung auswirken, bestimmte Begründungsformen und -strukturen lediglich einzuüben (vgl. Haidt, 2006, S. 165). Genauso aussichtslos erscheint es Lawlor (2007), Schülern und Studenten ethische Theorien zu vermitteln. Lawlor (2007) teilt Ethikunterricht in den pragmatischen, den eingebetteten und den philosophischen Ansatz auf. Bei letzterem differenziert er zusätzlich den umfassenden und den fragmentarischen Ansatz. Diese beiden Ansätze lehnt er, ohne die übrigen zu favorisieren, zunächst aufgrund eines pragmatischen, konsequentialistischen Arguments ab. Seiner Auffassung nach trägt der umfassende Ansatz, bei dem versucht wird, bestehende ethische Theorien im Detail zu erläutern, aufgrund mangelnder Zeit nicht zum Verständnis der Theorien bei. Zudem wären die Rezipienten gegebenenfalls geneigt, einen moralischen Relativismus durch die fallweise Selektion der meinungskonformen ethischen Theorie zu praktizieren. Der fragmentarische Ansatz hingegen, bei dem bestehende ethische Theorien nur oberflächlich angerissen werden, vermittelt Lawlor (2007) zufolge lediglich ein Zerrbild der Theorien, welches die Hörer dazu veranlassen könnte, die Theorien als falsch oder lächerlich abzulehnen. Sein zweites Argument ist methodologischer Natur und ähnelt dem Argument, mit dem Beauchamp und Childress (1994) ihre Theorie begründen. Seiner Auffassung nach ist die Konstruktion einer allumfassenden ethischen Theorie bei weitem ambitionierter als der Versuch, bestimmte

moralische Fragen zu beantworten. Zudem stellt Lawlor (2007) fest, konkrete moralische Fragen könnten mit größerer subjektiver Sicherheit beantwortet werden als die Frage, welche die richtige ethische Theorie sei. Resümierend empfiehlt er: "The discussion of ethical theories should be kept to a minimum, and tutors should be very careful to avoid the suggestion that the way to perform ethics is to simply apply a moral theory to a particular case." (S. 372). Benatar (2007) hält dagegen, dass auch Annahmen ethischer Theorien diskutiert werden sollten, um zu verdeutlichen, dass sie weitaus kontroverser sind, als die Personen in der Regel denken, die sie naiv in laienhaften Diskussionen vorbringen.

Insgesamt erscheint es unter anderem aufgrund der im Kapitel 6. interpretierten Forschungsergebnisse m. E. erfolgversprechender, anhand konkreter, praxisnaher Beispiele (vgl. Reiter-Theil, 1998a; Reiter-Theil & Fahr, 2005a; Molewijk, Abma, Stolper & Widdershoven, 2008) die „systematische Reflexion professionellen Handelns bezüglich seiner Folgen und Voraussetzungen, besonderes hinsichtlich der an diesem Handeln beteiligten und von diesem betroffenen Menschen“ (Reiter-Theil, 1998a, S. 63) einzuüben, um Studenten zu ermöglichen, im Falle der Inkompatibilität zwischen intuitiv und rational bevorzugter Handlung oder im Konflikt mit Mitmenschen außerhalb des Unterrichts die ethisch relevanten Aspekte der anstehenden Entscheidung eigenständig identifizieren und analysieren zu können. Dadurch wäre es möglich, den Prozess des Überlegungsgleichgewichts nach Rawls (1979, S. 68ff.) zu fördern, der Saunders (2009) zufolge nicht nur die Normativität einer ethischen Theorie aufweist sondern für den auch die psychologischen Prämissen gegeben sind und der auch Beauchamp und Childress (1994) als Grundlage ihrer Argumentation dient. Das Einüben des Prozesses des Überlegungsgleichgewichts ermöglichte es Studenten, ihre Intuition sowie den Inhalt der „norm data base“ (Saunders, 2009, S. 343) selbstständig und kontinuierlich – beispielsweise während anderer Lehrveranstaltungen oder der postgradualen Berufspraxis – an ihre rationalen Reflexionen anzupassen. Durch das gemeinschaftliche Üben der reflexiven Prozesse des Überlegungsgleichgewichts gegebenenfalls im Beisein freiwilliger Patienten ist es zudem eventuell langfristig möglich, eine gemeinsame Gesprächs- und Konfliktkultur zu etablieren (vgl. Reiter-Theil & Hiddemann, 1997), die sowohl das Ansprechen als auch Diskutieren ethischer Problem erleichtert.

Die Effizienz der Lehre ließe sich durch die Verwendung affektiv geladener Fallbeispiele und Rollenspiele oder eben die Beteiligung freiwilliger Patienten steigern, da

zum einen konform zu McGaugh (2003), Phelps (2004) sowie LaBar und Cabeza (2006) die affektive Involviertheit der Probanden höhere Gedächtnisleistung bedingt und zum anderen das affektive Ansprechen auf ein Fallbeispiel ein guter Indikator für die starke Beteiligung der Intuition und mangelndes rationales Durchdringen der beschriebenen ethischen Problematik ist, was für das lernende Individuum gewinnbringende Prozesse der Selbsterkenntnisse ermöglicht (vgl. auch zur Notwendigkeit emotionaler Beteiligung Reiter-Theil & Hick, 1998, S. 7-8) . Selbstverständlich ist als Basis für den Prozess des Überlegungsgleichgewichts u. a. Sensibilität für ethische Probleme und stringentes, reflektierendes Schlussfolgern notwendig, welches ebenfalls vermittelt werden muss (vgl. Reiter-Theil, 1998a; Reiter-Theil, Mertz, Schürmann, Stingelin Giles & Meyer-Zehnder, 2011). Resümierend bedeutet dies als Ziel des Unterrichts, nicht den Prozess des Entscheidens oder Begründens direkt zu verändern, sondern die Grundlage für die Ausdifferenzierung der Basis der intuitiven Entscheidungsanteile zu legen und damit Mediziner und Psychologen, die die Gesellschaft aktiv und maßgeblich mitgestalten, die Möglichkeit zu geben, bewusst zu reflektieren und darauf Einfluss zu nehmen, wer sie sind, wie sie sich einbringen und in welcher Gesellschaft sie leben wollen.

7. 5. Weiterführende Fragestellungen und Ausblick

Wie intendiert, leistet diese Forschungsarbeit einen Beitrag dazu, ethische Kompetenz messbar zu machen. Das übergeordnete Ziel, ein Testinstrument zur Erhebung von ethischen Kompetenzen zu konzipieren, ist allerdings noch nicht erreicht. Dazu sind folgende weitere Schritte notwendig, welche voraussichtlich in dieser stringenten Abfolge nicht realisierbar sind, sondern nur in einem zirkulären Definitions- und Forschungsprozess, an dem mehrere Personen zu beteiligen wären:

1. In dieser Forschungsarbeit wird davon ausgegangen, dass die Ergebnisse – im Gegensatz zur Stichprobe – repräsentativ sind. Zur Validierung der Forschungsbefunde sollten sie mit anderen Fallbeispielen eventuell an einer Stichprobe mit höherem Durchschnittsalter repliziert werden.
2. Als Weiteres sollte das Konzept ethischer Kompetenzen weiter eingegrenzt und in der Weise spezifiziert werden, dass es mit den empirischen Befunden u. a. auch dieser Forschungsarbeit vereinbar ist. Die Forschungsbefunde weisen darauf hin, dass es für den Anwendungsbereich Gesundheitswesen nicht zweckdienlich ist,

ethische Kompetenzen nur als bewusst abrufbare, kognitive Leistung zu definieren. Diese käme nur in Sonderfällen zum Tragen. Ein Konzept von ethischen Kompetenzen, das auch die Fähigkeit einbezieht, eigenes Verhalten im alltäglichen Berufsleben an ethischen Kriterien auszurichten, muss die in dieser und bestehenden Forschungsarbeiten festgestellten intuitiven Faktoren moralischer Entscheidungen berücksichtigen.

3. Mit diesem empiriekonformen Konzept ethischer Kompetenzen kann erneut versucht werden, ein Testinstrument zum Erheben ethischer Kompetenzen zu konzipieren. Möglicherweise lassen sich unbewusst auf die moralische Entscheidung einflussnehmende Faktoren finden, in dem bei mehrmaligem Vorlegen eines Fallbeispiels nur bestimmte Details modifiziert werden. Nachfolgend ließe sich untersuchen, ob der Bewertung des betreffenden Situationsmerkmals ein situationsübergreifend stabiler Einflussfaktor zugrunde liegt, indem den Probanden andere Fallbeispiele zur Entscheidung vorgelegt werden, in denen Situationsmerkmale enthalten sind, die mit diesem potenziellen Einflussfaktor korrespondieren.
4. Anschließend sollte die Konstrukt- und Inhaltsvalidität des Testinstruments erschöpfend untersucht werden.

Im Anschluss an die Konstruktion des Testinstruments kann untersucht werden,

- wie berufsethische Kompetenz verteilt ist,
- welche Korrelate zur ethischen Kompetenz bestehen (z. B. querschnittlich: Arbeitszufriedenheit, längsschnittlich: Berufserfahrung),
- wie die Vermittlung von ethischen Kompetenzen im Medizin- oder Psychologiestudium verbessert werden kann,
- ob nur individueller oder genereller Schulungsbedarf besteht,
- ob die Ausbildung modifiziert werden sollte, und
- wie die Auszubildenden bestmöglich lernen, auch nach der Berufsausbildung in Rückkopplungsschleifen im Sinne des von Rawls (1979) propagierten Überlegungsgleichgewichts eigenständig ihre ethischen Kompetenzen optimal und kontinuierlich weiterzuentwickeln.

In dieser Forschungsarbeit wurde konform zu Krämer (1995) moralisches Sollen als vom Eigeninteresse und Zwang distinktes Phänomen konzeptualisiert, welches aus den

moralischen Forderungen der Mitmenschen abgeleitet wird. Diese moralischen Forderungen werden demgemäß nur dann erfüllt, wenn das geforderte Subjekt eine intrinsische Motivation oder ein Bedürfnis besitzt, den Erwartungshaltungen der Mitmenschen zu entsprechen. Vom Konzept der sozialen Erwünschtheit (vgl. Abschnitt 3.2.4.3.) würde sich die beschriebene Erwartungskonformität vornehmlich in der Weise abgrenzen, dass Letztere nicht auf die aus der Dyade resultierenden Erwartungen beschränkt bleibt, sondern umfassendere Erwartungshorizonte einbezieht. Möglicherweise kann dieses hypothetische Motiv oder Bedürfnis zur Erwartungskonformität als Voraussetzung für moralisches Handeln ebenfalls erfasst werden. Interessante Forschungsfragen wären diesbezüglich,

- ob das Verhalten von Angehörigen des Gesundheitswesens mit dem Bedürfnis zur Erwartungskonformität variiert,
- ob sich dieses Bedürfnis positiv auf die (ethische Angemessenheit der) Behandlung auswirkt, oder
- ob es (beispielsweise in Bezug auf das Burn-out-Syndrom) einen Vulnerabilitätsfaktor darstellt.

Betrachtet man den Menschen als komplexes System, dessen ontogenetische Veränderung von Verhaltensmustern einen evolutionsähnlichen Prozess zu mehr Adaptivität und entsprechend besserer Befriedigung seiner Bedürfnisse durchläuft, sollte die immer umfassendere und weitsichtigere Befriedigung dieses hypothetischen Bedürfnisses zur Erwartungskonformität anhand progressiv universalisierbarer Kriterien stattfinden. Diese ontogenetisch zunehmende Universalisierbarkeit findet Kohlberg (1995) zumindest in seinen Befunden zu Entscheidungsbegründungen. Zwei weitere Forschungsfragen wären dementsprechend,

- ob das potenzielle Bedürfnis zur Erwartungskonformität mit den von Kohlberg (1995) festgelegten Stufen der moralischen Entwicklung korreliert, und
- ob die von Kohlberg (1995) festgelegten Stufen der moralischen Entwicklung mit der ethischen Angemessenheit der Entscheidung korrelieren (was einen Zusammenhang der Entscheidungsrichtung mit den von Kohlberg (1995) erhobenen Begründungseigenschaften impliziert).

Da die Entwicklung eines Testinstrumentes zur Erfassung ethischer Kompetenzen im Sinne dieser Forschungsarbeit weiterhin schwierig und vermutlich langwierig sein wird, ist

es möglicherweise hilfreich, vorübergehend ein anderes Paradigma der Kompetenzmessung zu bemühen, um ein vorläufiges, in der Entwicklung weniger aufwendiges Testinstrument geringerer Validität, Reliabilität oder Objektivität zu erstellen. Denkbar wäre beispielsweise, eine Gruppendiskussion zur Lösung eines konkreten ethischen Problems anzuregen, deren Aufzeichnung anschließend anhand standardisierter Kriterien bezüglich mehrerer Kompetenzaspekte untersucht werden kann (vgl. Kauffeld, Grote & Frieling 2007). Diese Form der Erfassung ethischer Kompetenzen würde das Testgütekriterium Objektivität sicherlich noch schlechter erfüllen als Kohlbergs Moral Judgment Interview (Colby, Kohlberg, Speicher, Hewer, Candee, Gibbs & Power, 1987; Kohlberg, 1995, S. 495-508); allerdings könnten mit dieser Methode auch andere Kompetenzfacetten erfasst werden, die für ethisch angemessenes Verhalten hilfreich sind. Zudem wäre die Weiterentwicklung des von Hollwich (2008) entworfenen, quantitativen Ansatzes vorstellbar. Hollwich (2008) versucht, ethische Kompetenzen individualdiagnostisch aus Daten zu extrapolieren, die mittels eines Fragebogens erhoben wurden, in dem zum einen berufstypische, ethisch problematische Situationen von den Probanden bearbeitet werden und welcher zum anderen die repräsentative Abfrage von Wissen beinhaltet, welches für die ethisch angemessene Berufsausübung wichtig ist.

8. Literaturverzeichnis

- Albisser-Schleger, H., Öhninger, N. R. & Reiter-Theil, S. (2010). Avoiding bias in medical ethical decision-making – Lessons to be learnt from psychology research. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 14, 155-162.
- Albisser-Schleger, H., Pargger, H. & Reiter-Theil, S. (2008). "Futility" – Übertherapie am Lebensende? Gründe für ausbleibende Therapiebegrenzung in Geriatrie und Intensivmedizin. *Zeitschrift für Palliativmedizin*, 9, 67-75.
- Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Anderhub, V., Engelmann, D. & Güth, W. (2002). An experimental study of the repeated trust game with incomplete information. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 2002, 48 (2), 197-216.
- Anderson, T. W. & Amemiya, Y. (1988). The asymptotic normal distribution of estimators in factor analysis under general conditions. *The Annals of Statistics*, 16 (2), 759-771.
- Andersson, B.-E. (1979). Developmental trends in reaction to social pressure from adults versus peers. *International Journal of Behavioral Development*, 2 (3), 269-286.
- Arolt, V., Dilling, H. & Reimer, C. (2004). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Atteslander, P. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2003). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung* (10., neu bearb. und erweiterte Auflage). Berlin: Springer.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2006). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung* (11. Auflage). Berlin: Springer.
- Baddeley, A. D. (1979). *Die Psychologie des Gedächtnisses*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Baldick, T. L. (1980). Ethical discrimination ability of intern psychologists – A function of training in ethics. *Professional Psychology: Research and Practice*, 11, 276-282.
- Baltes-Götz, B. (2005). *Lineare Regression mit SPSS*. www.uni-trier.de/urt/user/baltes/docs/linreg/linreg.pdf. Trier: Universitäts-Rechenzentrum Trier. Zugriff am 12.12.2005.

- Bambeck, J. J. & Wolters, A. (1981). Moral in der Psychotherapie. *Psychotherapie & Medizinische Psychologie*, 31, 113-124.
- Bardi, A. & Schwartz, S. H. (2003). *Values and behavior – Strength and structure of relations*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (10), 1207-1220.
- Bargh, J. A. & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist*, 54, 462-479.
- Bargh, J. A. (1999). The cognitive monster: The case against the controllability of automatic stereotype effects. In S. Chaiken & Y. Trope (Hrsg.), *Dual-process theories in social psychology* (S. 361-382). New York: The Guilford Press.
- Baron, J. (1995). A psychological view of moral intuition. *The Harvard Review of Philosophy*, 5, 36-40.
- Bartels, S., Parker, M., Hope, T. & Reiter-Theil, S. (2005). Wie hilf reich sind „ethische Richtlinien“ am Einzelfall? Eine vergleichende kasuistische Analyse der Deutschen Grundsätze, Britischen Guidelines und Schweizerischen Richtlinien zur Sterbebegleitung. *Ethik in der Medizin*, 17 (3), 191-205.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering – A study in experimental and social psychology*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baruk, H. & Bachet, M. (1950). *Le test 'tsedek' – Le jugement moral et la délinquance*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Baruk, M. (2000). Moral psychiatry – Justice in the modern world, in Hebraic civilisation and in psychiatric practice, Part 4. *Mental health, religion & culture*, 3 (1), 47-56.
- Batinic, B. & Moser, K. (2005). Determinanten der Rücklaufquote in Online-Panels. *Zeitschrift für Medienpsychologie*, 17 (2), 64-74.
- Batinic, B. (2001). *Fragebogenuntersuchungen im Internet*. Aachen: Shaker.
- Bauer, A. W. (2002). Medizinische Ethik in der ärztlichen Ausbildung – Ansätze und Perspektiven. In H. A. Kick (Hrsg.), *Ethisches Handeln in den Grenzbereichen von Medizin und Psychologie* (S. 167-176). Münster: Lit.
- Bayertz, K. (2004). *Warum überhaupt moralisch sein?*. München: C.H. Beck.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics – Fourth edition*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics – Fifth edition*. New York: Oxford University Press.

- Beauchamp, T. L. (2005). Prinzipien und andere Paradigmen in der Bioethik. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 48-73). Frankfurt a. M.: Campus.
- Beers, C. W. (1941). *Eine Seele, die sich wiederfand*. Basel. Schwabe.
- Bem, D. J. & Allen, A. (1974). On predicting some of the people some of the time – The search for cross-situational consistencies in behavior. *Psychological Review*, 81, 506-620.
- Benatar, D. (2007). Moral theories may have some role in teaching applied ethics. *Journal of medical ethics*, 33, 671-672.
- Benner, D., Nikolova, R. & Swiderski, J. (2009). Die Entwicklung moralischer Kompetenzen als Aufgabe des Ethik-Unterrichts an öffentlichen Schulen – Zur Konzeption des DFG-Projekts ETiK. *Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik*, 85 (4), 504-515.
- Bernhard, J. L. & Jara, C. S. (1986). The failure of clinical graduate students to apply understood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 313-315.
- Bernhard, J. L., Murphy, M. & Little, M. (1987). The failure of clinical psychologists to apply undersood ethical principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 489-491.
- Berthoz, S., Armony, J. L., Blair, R. J. R. & Dolan, R. J. (2002). An fMRI study of intentional and unintentional (embarrassing) violations of social norms. *Brain*, 125 (8), 1696-1708.
- Bierhoff, H.-W. (2004). Moralische Kompetenz. In G. Sommer & A. Fuchs (Hrsg.), *Krieg und Frieden – Handbuch der Konflikt- und Friedenspsychologie* (S. 568-580). Weinheim: Beltz Verlag.
- Bieri, P. (2001). *Das Handwerk der Freiheit – Über die Entdeckung des eigenen Willens*. München: Carl Hanser Verlag.
- Bilsky, W. & Schwartz, S. H. (2008). Measuring motivations – Integrating content and method. *Personality and individual differences*, 44, 1738-1751.
- Bonk-Luetkens, M. (1983). *Entwicklung und Evaluation eines kleinen Modells*. Planspielprojekt 1980-81, Abschlußbericht Fachbereich Pädagogik, Hochschule der Bundeswehr, Hamburg.

- Bormann, M. (1994). Verhaltenstherapeutische Möglichkeiten bei der Verarbeitung des sexuellen Mißbrauchs – Gibt es ethische Kriterien?. In E. Arnold, U. Sonntag (Hrsg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit – Beiträge zur Diskussion* (S. 116-131). Tübingen: DGVT.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bossong, B. (1983). Verteilungspräferenzen – Art der sozialen Beziehung und Bedürftigkeit. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 30 (4) 566-572.
- Böttger-Kessler, G. & Beine, K. H. (2007). Aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? Ergebnisse einer Einstellungsuntersuchung bei Ärzten und Pflegenden. *Nervenarzt*, 78, 802-808.
- Boyce, W. D. & Jensen, L. C. (1978). *Moral reasoning – A psychological-philosophical integration*. Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Bradley, J. V. (1982). The insidious L-shaped distribution. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 20 (2), 85-88.
- Brandstädter, J. (1980). Vom Sein zum Sollen in der Theorie des Moralischen Urteils – Wege, Schleichwege, Irrwege. In L. H. Eckensberger & R. K. Silbereisen (Hrsg.), *Entwicklung sozialer Kognitionen – Modelle, Theorien, Methoden, Anwendungen* (S. 133-144). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brezinka, W. (1988). *Competence as an aim of education*. In B. Spiecker & R. Straughan (Hrsg.), *Philosophical issues in moral education and development* (S. 75-98). Philadelphia: Open University Press.
- Briechle, R. U. (1981). *Die Messung der moralischen Urteilsfähigkeit im MUP und MUT – Zwei geschlossene Instrumente für Jugendliche* (Projektbericht 1/81). Universität Konstanz, Sozialwissenschaftliche Fakultät, Sonderforschungsbereich 23, Projekt "Entwicklung im Jugendalter".
- Bronfenbrenner, U. (1967). Response to pressure from peers versus adults among Soviet and American school children. *International Journal of Psychology*, 2, 199-207.
- Bronfenbrenner, U. (1970). Reaction to social pressure from adults versus peers among Soviet day school and boarding school pupils in the perspective of an American sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15 (3), 179-189.

- Brown, M. E., Trevino, L. K. & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership – A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97, 117-134.
- Brune, J. P. (2002). Dilemma. In M. Düwell, C. Hübenal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 325-331). Stuttgart: Metzler.
- Bühner, M. (2011). *Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion*. München: Pearson Studium.
- Bürgi, H., Rindlisbacher, B., Bader, Ch., Bloch, R., Bosman, F., Gasser, C., Gerke, W., Zumair, J. P., Im Hof, V., Kaiser, H., Lefebvre, D., Schläppi, P., Sottas, B., Spinas, G. A. & Stuck, A. E. (2008). *Swiss catalogue of learning objectives for undergraduate medical training*. <http://www.smifk.ch> . Zugriff am 16.03.2009.
- Carruthers, P. (2009). An architecture for dual reasoning. In J. St. B. T. Evans & K. Frankish (Hrsg.), *In two minds – Dual processes and beyond* (S. 109-127). Oxford: Oxford University Press.
- Chaiken, S. & Trope, Y. (Hrsg.) (1999). *Dual-process theories in social psychology*. New York: The Guilford Press.
- Charbonnier, R. (2005). Johannes Fischers >>Theorie des Überlegungsgleichgewichts<< als Modell theologischer angewandter Ethik zwischen Prinzipien- und Intuitionsethik. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 366-377). Frankfurt a. M.: Campus.
- Clausen, J. (2005). Zur Bedeutung des Reflexionsgleichgewichts für die Spezifizierung allgemeiner Prinzipien zu prima facie gültigen moralischen Regeln. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 378-396). Frankfurt a. M.: Campus.
- Cleveland, W. S. & Devlin, S. J. (1988). Locally weighted regression – An approach to regression analysis by local fitting. *Journal of the American Statistical Association*, 83 (403), 596-610.
- Cleveland, W. S. (1979). Robust locally weighted regression and smoothing scatterplots. *Journal of the American Statistical Association*, 74 (368), 829-836.
- Closs, C. & Kempe, P. (1986). Eine differenzierende Betrachtung und Validierung des Konstruktes Lebenszufriedenheit – Analyse bewährter Verfahren und Vorschläge für

- ein methodisch fundiertes Vorgehen bei der Messung der Dimensionen dieses Konstruktes. *Zeitschrift für Gerontologie*, 19, 47-55.
- Clouser, K. D. & Gert, B. (2005). Eine Kritik der Prinzipienethik. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 88-108). Frankfurt a. M.: Campus.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Orland: Academic Press.
- Colby, A., Kohlberg, L., Gibbs, J., & Lieberman, M. (1983). A longitudinal study of moral judgment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 48, 1–124.
- Colby, A., Kohlberg, L., Speicher, B., Hewer, A., Candee, D., Gibbs, J. & Power, C. (1987). *The measurement of moral judgment, Vol. II: Standard issue scoring manual*. Cambridge, NY: Cambridge University Press.
- Comer, D. R. & Vega, G. (2008). Using the PET assessment instrument to help students identify factors that could impede moral behavior. *Journal of Business Ethics*, 77, 129-145.
- Cooper, M. & Schwartz, R. (2007). Moral judgment and student discipline – What are institutions teaching? What are students learning? *Journal of College Student Development*, 48 (5), 585-607.
- Corley, M. C. & Selig, P. M. (1992). Nurse moral reasoning using the Nursing Dilemma Test. *Western Journal of Nursing Research*, 14 (3), 380-388.
- Craik, F. I. M. (1991). Will cognitivism bury experimental psychology? *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 32 (3), 440-444.
- Crisham, P. (1981). Measuring moral judgment in nursing dilemmas. *Nursing Research*, 30 (2), 104-110.
- Cullen, J. B., Victor, B., & Bronson, J. W. (1993). The Ethical Climate Questionnaire – An assessment of its development and validity. *Psychological Reports*, 73 (2), 667-674.
- Dalbert, C., Montada, L. & Schmitt, M. (1987). Glaube an eine gerechte Welt als Motiv: Validierungskorrelate zweier Skalen. *Psychologische Beiträge*, 29, 596-615.
- Dalen, K. (2006). To tell or not to tell, that is the question – Ethical dilemmas presented by Norwegian psychologists in telephone counseling. *European Psychologist*, 11 (3), 236-243.

- Damasio, A. R. (2007). *Descartes' Irrtum – Fühlen, Denken und das menschliche Gehirn*. Berlin: List.
- Daniels, N. (2005). Das weite Überlegungsgleichgewicht in der Praxis. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 340-365). Frankfurt a. M.: Campus.
- Descartes, R. (1654). *Meditationes – De prima philosophia*. Amstelodami: Apud Ludovicum Elzevirium.
- Deutsch, M. (1975). Equity, equality, and need – What determines which value will be used as the basis of distributive justice? *Journal of social issues*, 31 (3), 137-149.
- Deutsche Gesellschaft für Psychologie & Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2004). *Ethische Richtlinien der DGPs und des BDP*. <http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/ethik.shtml> . Zugriff am 11.04.2007.
- Dierckx de Casterlé, B., Grypdonck, M. & Vuylsteke-Wauters, M. (1997). Development, reliability, and validity testing of the Ethical Behavior Test: A measure for nurses' ethical behavior. *Journal of Nursing Measurement*, 5 (1), 87-112.
- Dierckx de Casterlé, B., Grypdonck, M., Vuylsteke-Wauters, M. & Janssen, P. J. (1997). Nursing students' responses to ethical dilemmas in nursing practice. *Nursing Ethics*, 4, 12-28.
- Diessner, R., Mayton, D. & Dolen, M. A. (1993). Values hierarchies and moral reasoning. *Journal of Social Psychology*, 133 (6), 869-871.
- Doll, J. & Dick, M. (2000). Protestantische Ethik und humanitär-egalitäre Ethik – Studien zur Entwicklung zweier deutschsprachiger Ethikskalen. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 21 (2), 138-151.
- Dressel, R. & Reiter-Theil, S. (1997). Ethik im Medizinstudium – Faktum oder Fiktion? Offene Fragen nach einer Pilot-Studie. In S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik* (152-168). Baden-Baden: Nomos.
- Dufrene, R. L. (2000). Designing and validating a measure of ethical orientation of counselors – The Ethical Decision-Making Scale-Revised (EDMS-R). *Dissertation Abstracts International*, 61 (10), 3906.
- Düwell, M., Hübenthal, C. & Werner, M. H. (2002). Einleitung. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 1-23). Stuttgart: Metzler.
- Dworkin, R. M. (1998). Darwin's new bulldog. *Harvard Law Review*, 111, 1718-1738.

- Dzeyk, W. (2001). *Ethische Dimensionen der Online-Forschung*. Kölner psychologische Studien, VI, 1, 1-30. <http://kups.ub.uni-koeln.de/volltexte/2008/2424/pdf/ethdimon.pdf> . Zugriff am 01.06.2008.
- Dziuban, C. D. & Shirkey, E. C. (1974). When is a correlation matrix appropriate for factor analysis? Some decision rules. *Psychological Bulletin*, 81 (6), 358-361.
- Eberwein, M. (2010). *Verzeichnis Testverfahren*. Trier: Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation Universität Trier.
- Eckensberger, U. S., Reinshagen, H. & Eckensberger, L. H. (1975). *Kohlbergs Interview zum Moralischen Urteil. Teil III: Auswertungsmanual – Form A*. (Arbeiten der Fachrichtung Psychologie an der Universität des Saarlandes Nr. 33). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Edelman, G. M., Tononi, S. & Kuhlmann-Krieg S.(2000). *Gehirn und Geist – Wie aus Materie Bewusstsein entsteht*. München: Verlag C.H. Beck.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research*. New York: Dryden.
- Eich, H. & Reiter-Theil, S. (2002). Ethische Konflikte in der Paar- und Familientherapie. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 688-692). Berlin: Springer.
- Eich, H. (1994). Beiträge zu einer Ethik der Psychotherapie. In E. Arnold & U. Sonntag (Hrsg.), *Ethische Aspekte der psychosozialen Arbeit – Beiträge zur Diskussion* (S. 72-82). Tübingen: DGVT.
- Eich, H., Reiter, L. & Reiter-Theil, S. (1997). Informierte Zustimmung in der Psychotherapie – Einmalige Handlung oder kontinuierlicher Prozeß?. *Psychotherapeut*, 42, 369-375.
- Eichenbaum, H., Cohen, N. J. & Packard, M. G. (2003). Behaviorism versus cognitivism – The brain speaks. *PsycCRITIQUES*, 48 (6), 788–790.
- Eigenstetter, M. (2006). Ethisches Klima in Organisationen – Eine deutsche Übersetzung und Adaptation des Ethical Climate Questionnaire. In B. Klauk & M. Stangel-Meseke (Hrsg.), *Mit Werten wirtschaften – Mit Trends trumpfen* (Band zur 12. Tagung der Gesellschaft für angewandte Wirtschaftspsychologie e.V. an der Business and Information Technology School (BiTS) am 03. und 04.02.2006 in Iserlohn) (S. 51-78). Lengerich: Pabst.

- Eizenberg, M. M., Desivilya, H. S. & Hirschfeld M. J. (2009). Moral distress questionnaire for clinical nurses – Instrument development. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (4), 885-892.
- Engelhardt, D. von, (1997). Ethik in der medizinischen Ausbildung – Geschichte und Gegenwart in europäischer Perspektive. In S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik* (S. 14-36). Baden-Baden: Nomos.
- Engelhardt, H. T. (1991). Autonomie und Selbstbestimmung – Grundlegende Konzepte der Bioethik in der Psychiatrie. In W. Pödlinger & W. Wagner (Hrsg.), *Ethik in der Psychiatrie* (S. 62-71). Berlin: Springer.
- Epstein, S., Pacini, R., Denes-Raj, V. & Heier, H. (1996). Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (2), 390-405.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER – A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 28 (1), 1-11.
- Evans, J. St. B. T. & Frankish, K. (2009). *In two minds – Dual processes and beyond*. Oxford: Oxford University Press.
- Evans, J. St. B. T. & Over, D. E. (1996). *Rationality and reasoning*. Hove, UK: Psychology Press.
- Evans, J. St. B. T. (2009). How many dual-process theories do we need? One, two, or many?. In J. St. B. T. Evans & K. Frankish (Hrsg.), *In two minds – Dual processes and beyond* (S. 33-54). Oxford: Oxford University Press.
- Everett, S. A., Price, J. H., Bedell, A. W. & Telljohann, S. K. (1997). The effect of a monetary incentive in increasing the return rate of a survey to family physicians. *Evaluation & the Health Professions*, 20 (2), 207-214.
- Eynon, G., Hill, N. T. & Stevens, K. T. (1997). Factors that influence the moral reasoning abilities of accountants – Implications for universities and the profession. *Journal of Business Ethics*, 16, 1297-1309.
- Fäh, M. (2002). Wenn Analyse krank macht – Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden – Risiken und Nebenwirkung von Psychotherapie* (S. 109-147). Mainz: Grünewald.
- Fahrmeir, L., Kneib, T. & Lang, S. (2009). *Regression – Modelle, Methoden und Anwendungen*. Berlin: Springer.

- Fanelli, D. (2010). Do pressures to publish increase scientists' bias? An empirical support from US states data. *PLoS ONE*, 5 (4), e10271-e10271.
- Fazio, R. H. (2001). On the automatic activation of associated evaluations – An overview. *Cognition and Emotion*, 15 (2), 115-141.
- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C. & Kardes, F. R. (1986). On the Automatic Activation of Attitudes. *Personality and Social Psychology*, 50 (2), 229-238.
- Feather, N.T. (1988). Moral judgement and human values. *British Journal of Social Psychology*, 27 (3), 239-246.
- Feldon, G. (2004). A possible biological source for moral intuition? *Logos*, 1 (1), S. 56-69
- Fend, H. & Prester, H.G. (1986). *AM – Arbeitsmoral*. Konstanz: Universität, Sozialwissenschaftliche Fakultät.
- Fennig, S., Barak, V., Fennig, S., Benyakar, M., Farina, J., Blum, A. & Treves, I. (2000). Comparison of the attitudes of Israeli therapists and lay persons to ethical dilemmas in psychotherapy. *Nervous and Mental Disease*, 188 (11), 777-785.
- Fennig, Si., Secker, A., Treves, I., Yakar, M. B., Farina, J., Roe, D., Levkovitz, Y. & Fennig, S. (2005). Ethical dilemmas in psychotherapy – Comparison between patients, therapists and laypersons. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 42 (4), 251-257.
- Festinger, L. (1978). Theorie der kognitiven Dissonanz. In M. Irle & V. Möntmann (Hrsgs.), *Theorie der kognitiven Dissonanz* (S. 8-273). Bern: Hans Huber.
- Foot, P (2002). *Virtues and vices and other essays in moral philosophy*. Oxford: Clarendon.
- Forsyth, D. R. (1980). A taxonomy of ethical ideologies. *Journal of Personality & Social Psychology*, 39, 178-184.
- Frankish, K. & Evans, J. St. B. T. (2009). The duality of mind: An historical perspective. In J. St. B. T. Evans & K. Frankish (Hrsg.), *In two minds – Dual processes and beyond* (S. 1-29). Oxford: Oxford University Press.
- Frei, A., Hoffmann-Richter, U., Bullinger, A. & Finzen, A. (1997). Begleiteter Suizid nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik. *Nervenarzt*, 68, 903-906.
- Frei, A., Schenker, T., Finzen, A. & Hoffmann-Richter, U. (1999). Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken. *Nervenarzt*, 70, 1014-1018.
- Freud, S. (1909). *Die Traumdeutung*. Leipzig: Franz Deuticke.

- Freud, S. (1910). *Über Psychoanalyse*. Leipzig: Franz Deuticke.
- Freud, S. (1916). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Leipzig: Hugo Heller & Cie.
- Freud, S. (1998). *Neue Folge der Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Froming, W. J. & McColgan, E. B. (1979). Comparing the Defining Issues Test and the Moral Dilemma Interview. *Developmental Psychology*, 16 (6), 668-659.
- Fromm, S. (2008a). Faktorenanalyse. In N. Baur & S. Fromm (Hrsg.), *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene* (S. 314-344). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fromm, S. (2008b). Multiple lineare Regressionsanalyse. In N. Baur & S. Fromm (Hrsg.), *Datenanalyse mit SPSS für Fortgeschrittene* (S. 345-369). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Fuchs, T. & Lauter, H. (1997). Der Fall Chabot – Assistierter Suizid aus psychiatrischer Sicht. *Nervenarzt*, 68, 878-883.
- Furnham, A. (1990). A content, correlational, and factor analytic study of seven questionnaire measures of the protestant work ethic. *Human Relations*, 43, 383-399.
- Fussel, S. & Krauss, R. M. (1992). Coordination of knowledge in communication – Effects of speakers' assumptions about what others know. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 378-391.
- Gibbs, J. C., Widaman, K. F. & Colby, A. (1982). Construction and validation of a simplified, group-administrable equivalent to the Moral Judgment Interview. *Child Development*, 53, 895-410.
- Gilligan, C. (1982). *Die andere Stimme – Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper.
- Greene, J. & Haidt, J. (2002). How (and where) does moral judgment work? *TRENDS in Cognitive Sciences*, 6 (12), 517-523.
- Greene, J. D., Sommerville, R. B., Nystrom, L. E., Darley, J. M. & Cohen, J. D. (2001). An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, 293, 2105-2108.
- Grob, A. & Jaschinski, U. (2003). *Erwachsen werden – Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Weinheim: Beltz.
- Groß, J. (2003). *Linear Regression*. Berlin: Springer.

- Groves, B. W., Price, J. H., Olsson, R. H. & King, K. A. (1997). Response rates to anonymous versus confidential surveys. *Perceptual and Motor Skills*, 85 (2), 665-666.
- Guadagnoli, E., & Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103, 265-275.
- Gundersen, D. E., Rajamma, R. & Capozzoli, E. A. (2008). Learned ethical behavior – An academic perspective. *Journal of Education for Business*, 83, 315-324.
- Güth, W. (1995). On ultimatum bargaining experiments — A personal review. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 27, 329-344.
- Güth, W., Schmittberger, R. & Schwarze, B. (1982). An experimental analysis of ultimatum bargaining. *Journal of Economic Behavior and Organization*, 3, 367-388.
- Haas, L. J., Malouf, J. L. & Mayerson, N. H. (1986). Ethical problems in psychological practice. Results of a national survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 316-321.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (1998a). Intuition. In H. Häcker & K. H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch psychologisches Wörterbuch* (S. 414). Bern: Hans Huber.
- Häcker, H. & Stapf, K. H. (1998b). Kompetenz. In H. Häcker & K. H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch psychologisches Wörterbuch* (S. 448). Bern: Hans Huber.
- Haidt, J. & Hersch, M. A. (2001). Sexual morality – The cultures and reasons of liberals and conservatives. *Journal of Applied Social Psychology*, 31, 191-221.
- Haidt, J. (2001). The emotional dog and its rational tail – A social intuitionist approach to moral judgment. *Psychological Review*, 108, 814-834.
- Haidt, J. (2006). *The happiness hypothesis – Putting ancient wisdom and philosophy to the test of modern science*. London: Arrow Books.
- Haidt, J. (2007). The new synthesis in moral psychology. *Science*, 316, 998-1002.
- Haidt, J., Bjorklund, F. & Murphy, S. (1999). *Moral dumbfounding – When intuition finds no reason*. Unveröffentlichtes Manuskript, University of Virginia, Charlottesville, VA.
- Hardin, R. (1996). Distributive justice in a real world. In L. Montada & M. J. Lerner (Hrsg.), *Current societal concerns about justice* (S. 9-24). New York: Plenum Press.
- Hare, R. M. (1952). *The Language of Morals*. Oxford: Clarendon Press.
- Harman, G. (2000). *Explaining value and other essays in moral philosophy*. Oxford: Oxford University Press.

- Hartmann, N (1962). *Ethik*. Berlin: Walter de Gruyter & Co..
- Hauser, M. D. (2006). *Moral minds – How nature designed our universal sense of right and wrong*. New York, NY: Ecco.
- Hauser, M. D., Cushman, F., Young, L., Jin, R. K.-X. & Mikhail, J. (2007). A dissociation between moral judgments and justifications. *Mind & Language*, 22 (1), 1-21.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1989). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, J. (2006). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heider, F. (1946). Attitudes and cognitive organization. *The Journal of Psychology*, 21, S. 107-112.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: John Wiley & Sons.
- Heilbrun, A. B. & Georges, M. (1990). The measurement of principled morality by the Kohlberg Moral Dilemma Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 55 (1&2), 183-194.
- Helkama, K. (1983). The development of moral reasoning and moral values. *Acta Psychologica Fennica*, 9, 99-111.
- Helkama, K., Uutela, A., Pohjanheimo, E., Salminen, S., Koponen, A. & Rantanen-Vantsi, L. (2003). Moral Reasoning and Values in Medical School: A longitudinal study in Finland. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 47 (4), 399-411.
- Helmchen, H. (1998). Ethische Implikationen von Psychotherapie. *Nervenarzt*, 69, 78-80.
- Herkner, W. (1991). *Sozialpsychologie*. Bern: Huber.
- Hesse, W. (2000). *Sozial-kognitive Bewertungsprozesse bei schizophrenen Patienten*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Heynitz, M. von, Krause, S., Remus, C., Swiderski, J. & Weiss, T. (2009). Die Entwicklung von Testaufgaben zur Erfassung moralischer Kompetenz im Projekt ETiK. *Vierteljahrsschrift für wissenschaftliche Pädagogik*, 85 (4), 516-530.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie – Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53, 4-16.
- Hogan, R. & Dickstein, E. (1972). A measure of moral values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (2), 210-214.

- Höger, C., Reiter-Theil, S., Reiter, L., Derichs, G., Kastner-Voigt, M. & Schulz, T. (1997). Fallbezogene ethische Reflexion – Ein Prozeßmodell zur Ethikkonsultation in der Kinderpsychiatrie und Psychotherapie. *System Familie*, 10, 174-179.
- Hollwich, S. H. (2008a). *Berufsethische Kompetenzen von Psychologiestudierenden*. Saarbrücken: Dr. Müller.
- Hollwich, S. H. (2008b). Gehört Ethik ins Curriculum? Berufsethische Kompetenzen Psychologiestudierender. *Report Psychologie*, 5, 261-262.
- Holm, S. (1979). A simple sequentially rejective multiple test procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6 (2), S. 65-70.
- Honnefelder, L. (1997). Zwischen Fundamentalismus und Relativismus – Wie kann eine normative Orientierung in der Vermittlung der Medizinischen Ethik begründet werden?. In S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik* (S. 37-43). Baden-Baden: Nomos.
- Hopkins, K. D., Hopkins, B. R. & Schon, I. (1988). Mail surveys of professional populations – The effects of monetary gratuities on return rates. *Journal of Experimental Education*, 56 (4), 173-175.
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30 (2), 179-185.
- Hunziker, H.-W. (2006). *Im Auge des Lesers – foveale und periphere Wahrnehmung: Vom Buchstabieren zur Lesefreude*. Transmedia Verlag Stäubli AG, Zürich.
- Inbar, Y., Botti, S. & Hanks, K. (2011). Decision speed and choice regret – When haste feels like waste. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 533-540.
- Inglehart, R., Basanez, M., Deiz-Medrano, J., Halman, L. & Luijkx, R. (2004). *Human beliefs and values – A cross-cultural sourcebook based on the 1999-2002 values surveys*. Mexico City: Siglo XXI.
- Irle, M. (1978). Theorie der kognitiven Dissonanz – Eine Resümee ihrer theoretischen Entwicklung und empirischen Ergebnisse 1957-1976. In M. Irle & V. Möntmann (Hrsg.), *Theorie der kognitiven Dissonanz* (S. 274-303). Bern: Hans Huber.
- Ishida, C. (2006). How do scores of DIT and MJT differ? A critical assessment of the use of alternative moral development scales in studies of business ethics. *Journal of Business Ethics*, 67, 63-74.
- Ittelson, W. H. (1973). *Environment and cognition*. New York: Seminar Press.

- Itzel, P. (2000). Umfang und Grenzen der ärztlichen Pflichten bei der Behandlung von Patienten mit Suizidneigung. *Medizinrecht*, 3, 136-139.
- Jagers, R. J. (2001). Education cultural integrity and social and emotional competence promotion – Work notes on moral competence. *Journal of Negro Education*, 70 (1/2), 59-71.
- James, W. (1893). *The Principles of Psychology – Vol. 2*. New York: Henry Holt.
- Jarque, C. M. & Bera, A. K. (1980). Efficient tests for normality, homoscedasticity and serial independence of regression residuals. *Economics Letters*, 6, 255-259.
- Jormsri, P., Kunaviktikul, W., Ketefian, S. & Chaowalit, A. (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*, 12 (6), 582-593.
- Jungermann, H., Pfister, H.-R. & Fischer, K. (2005). *Die Psychologie der Entscheidung – Eine Einführung*. Heidelberg: Spektrum.
- Kahlke, W. & Reiter-Teil, S. (1995). *Ethik in der Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1979). Prospect theory – An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47 (2), 263-291.
- Kahneman, D. (2003). A perspective on judgment and choice. *American Psychologist*, 58 (9), 697-720.
- Kaiser, H. F. & Rice, J. (1974). Little Jiffy, Mark IV. *Educational and Psychological Measurement*, 34 (1), 111-117.
- Kant, I. (1827). *Critik der praktischen Vernunft*. Leipzig: Johann Friedrich Hartkoch.
- Kant, I. (2005). *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Stuttgart: Reclam.
- Kaplow, L. & Shavell, S. (2002). *Fairness versus Welfare*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Karger, A. & Haupt, M. (1997). Sterbehilfe bei Demenz – Ethische Überlegungen zwischen Paternalismus und Autonomie. *Nervenarzt*, 68, 907-913.
- Katz, I. & Hass, R. G. (1988). Racial ambivalence and American value conflict – Correlational and priming studies of dual cognitive structures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 893-905.
- Kauffeld, S., Grote, S. & Frieling, E. (2007): Das Kasseler-Kompetenz-Raster (KKR). In J. Erpenbeck, L. von Rosenstiel (Hrsg.), *Handbuch Kompetenzmessung - Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis* (S. 261-282). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

- Kay, S. R. (1982). Kohlberg's theory of moral development – Critical analysis of validation studies with the defining issue test. *International Journal of Psychology*, 17, 27-42.
- Ketefian, S. (1981). Moral reasoning and moral behavior among selected groups of practicing nurses. *Nursing Research*, 30, 171-76.
- Ketefian, S. (1985). Professional and bureaucratic role conceptions and moral behavior among nurses. *Nursing Research*, 34, 248-53.
- Kettner, M. (2002). Moral. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 410-414). Stuttgart: Metzler.
- Kline, R. B. (2005). *Principles and practice of structural equation modeling* (second edition). New York: Guilford.
- Kluckhohn, C. (1951). Values and value-orientations in the theory of action – An exploration in definition and classification. In T. Parsons & E. Shils (Hrsg.), *Toward a general theory of action* (S. 388-433). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kohlberg, L. (1964). Development of moral character and moral ideology. In M. L. Hoffman & L. W. Hoffman (Hrsg.), *Review of child development research* (Vol. I. S. 383-432). New York: Russel Sage Foundation.
- Kohlberg, L. (1980). High School democracy and education for a just society. In R. L. Mosher (Hrsg.), *Moral education – a first generation of research and development* (S. 20-57). New York: Praeger.
- Kohlberg, L. (1981). *The philosophy of moral development – Moral stages and the idea of justice*. San Francisco: Harper & Row.
- Kohlberg, L. (1995). *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Koller, P. (1995). Soziale Gleichheit und Gerechtigkeit. In H.-P. Müller & L. Montada (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit und soziale Gerechtigkeit* (S. 53-80). Opladen: Leske & Budrich.
- Korsgaard, C. M. (2000). *Sources of Normativity*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Krämer, H. (1995). *Integrative Ethik*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Krämer, H. (1998). Integrative Ethik. In J. Schummer (Hrsg.), *Glück und Ethik* (S. 93-107). Würzburg: Könighausen & Neumann.

- Krämer-Badoni, T. & Wakenhut, R. (1983). Moral und militärische Lebenswelt. In G. Lind, H. A. Hartmann & R. Wakenhut (Hrsg.), *Moralisches Urteilen und soziale Umwelt* (179-192). Weinheim: Beltz.
- Krampen, G. (1994). Zur Bedeutung ethischer Reflexionen in der psychologischen Aus-, Fort- und Weiterbildung. In I. Plath & S. Kowal (Hrsg.), *Beiträge zur psychologischen Wissensvermittlung in der Aus-, Fort- und Weiterbildung* (S. 25-34). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Krijnen, C. (2002). Wert. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 527-533). Stuttgart: Metzler.
- Kuhl, J. (2001). *Motivation und Persönlichkeit – Interaktionen psychischer Systeme*. Göttingen: Hogrefe.
- Kurth, R. A. (2004). „Wenn du so fühlst wie ich“ – Wenn sich Patienten in ihren Therapeuten verlieben. *Psychotherapeut*, 49, 277-280.
- LaBar, K. S. & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature Reviews Neuroscience*, 7, 54-64.
- Lambie, G. W., Hagedorn, W. B., & Ieva, K. P. (2010). Social-cognitive development, ethical and legal knowledge, and ethical decision-making of counselor education students. *Counselor Education and Supervision*, 49, 228-246.
- Lambie, G. W., Ieva, K. P., Mullen, P. R. & Hayes, B. G. (2011). Ego development, ethical decision-making, and legal and ethical knowledge in school counselors. *Journal of Adult Development*, 18, 50-59.
- Lan, G., Gowing, M., McMahon, S., Rieger, F. & King, N. (2008). A study of the relationship between personal values and moral reasoning of undergraduate business students. *Journal of Business Ethics*, 78 (1-2), 121-139.
- Lan, G., Gowing, M., Rieger, F., McMahon, S. & King, N. (2010). Values, value types and moral reasoning of MBA students. *Business Ethics: A European Review*, 19 (2), 183-198.
- Lang, A. (1978). Diagnostik und Autonomie der Person. In U. Pulver, A. Lang & F. W. Schmid (Hrsg.), *Ist Psychodiagnostik verantwortbar?* (S. 17-29). Bern: Hans Huber.
- Lang, F. (2007). Juristisch klar – aber ethisch? Ein Fall aus der psychologischen Beratungspraxis. *Report Psychologie*, 11, 516-517.
- Laufs, K.W. (1997). *Der Ethik-Test (D-E-T)*. Mönchengladbach: Verlag Ripuarisches Institut.

- Lawlor, R. (2007). Moral theories in teaching applied ethics. *Journal of Medical Ethics*, 33 (6), 370-372.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale (PGCMS) – A revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.
- Lerner, M. J. (1981). The justice motive in human relations – Some thoughts on what we know and need to know about justice. In M. J. Lerner & S. C. Lerner (Hrsg.), *The justice motive in social behavior – Adapting to times of scarcity and change* (S. 11-35). New York: Plenum Press.
- Lerner, M. J. (1982). The justice motive in human relations and the economic model of man: A radical analysis of facts and fictions. In V. J. Derlega & J. Grzelak (Hrsg.), *Cooperation and helping behavior – Theories and research* (S. 249-278). New York: Academic Press.
- Lerner, M. J. (1998). The two forms of belief in a just world – Some thoughts on why and how people care about justice. In L. Montada & M. J. Lerner (Hrsg.), *Responses to victimizations and belief in a just world* (S. 247-269). New York: Plenum Press.
- Libet, B. (1978). Neuronal vs. subjective timing for a conscious sensory experience. In P. A. Buser & A. Rougeul-Buser (Hrsg.), *Cerebral correlates of conscious experience* (S. 69-82). Amsterdam: Elsevier North-Holland.
- Lichtenthaeler, C. (1984). Der Eid des Hippokrates – Ursprung und Bedeutung. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lind, G. & Raschert, J. (1987). *Moralische Urteilsfähigkeit – Eine Auseinandersetzung mit Lawrence Kohlberg über Moral, Erziehung und Demokratie*. Weinheim: Beltz.
- Lind, G. & Wakenhut, R. (1980). Erfassung von moralischem Urteil mit standardisierten Fragebogen. *Diagnostica*, 26, 312- 334.
- Lind, G. & Wakenhut, R. (1983). Tests zur Erfassung der moralischen Urteilskompetenz. In G. Lind, H. A. Hartmann & R. Wakenhut (Hrsg.), *Moralisches Urteilen und soziale Umwelt* (S. 59- 80). Weinheim: Beltz.
- Lind, G. & Wakenhut, R. (1985). Testing for moral judgment competence. In G. Lind, H.A. Hartmann & R. Wakenhut (Hrsg.), *Moral development and the social environment. Studies in the philosophy and psychology of moral judgment and education* (S. 79-105). Chicago: Precedent Publishing Inc..

- Lind, G. (1978). Wie misst man moralisches Urteil? Probleme und alternative Möglichkeiten der Messung eines komplexen Konstrukts. In G. Portele (Hrsg.), *Sozialisation und Moral* (S. 171-201). Weinheim: Beltz.
- Lind, G. (1985a). Growth and regression in moral-cognitive development of young university students. In C. Harding, (Hrsg.), *Moral dilemmas – Philosophical and psychological issues in the development of moral reasoning* (S. 99-114). Chicago: Precedent.
- Lind, G. (1985b). *Inhalt und Struktur des moralischen Urteils*. Dissertation, Universität Konstanz, Reihe Forschungsberichte des SFB 23. 2. Auflage: 2000. http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-1985_Inhalt-und-Struktur.pdf . Zugriff am 25.08.2006.
- Lind, G. (2000). *Moral regression in medical students and their learning environment*. http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2000_Moral_Regression_in_Medical_Students.pdf . Zugriff am 14.07.2006.
- Lindsay, G., Koene, C., Øvreeide, H. & Lang, F. (2008). *Ethics for European psychologists*. Göttingen: Hogrefe.
- Lisbach, B. (1999). *Werte und Umweltwahrnehmung – Der Einfluß von Werten auf die Wahrnehmung der natürlichen Umwelt*. Marburg: Tectum.
- Lück, H. E. & Timaeus, E. (1969). Skalen zur Messung Manifester Angst (MAS) und sozialer Wünschbarkeit (SDS-E und SDS-CM). *Diagnostica*, 15 (1), 134-141.
- Luhmann, N. (2008). *Die Moral der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Maes, J. & Schmitt, M. (2001). *Protestantische-Ethik-Skala (PES): Messeigenschaften und Konstruktvalidität* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 146). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Maitland, K. A. & Goldman, J. R. (1974). Moral judgment as a function of peer group interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 699-704.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2002). Risiko Psychotherapie? *Verhaltenstherapie*, 12, 88-89.
- McDaniel, C. (1997). Development and psychometric properties of the Ethics Environment Questionnaire. *Medical Care*, 35 (9), 901-914.
- McGaugh, J. L. (2003). *Memory and emotion – The making of lasting memories*. New York: Columbia University Press.

- McNeel, S. P. (1994). College teaching and student moral development. In J. R. Rest & D. Narváez (Hrsg.), *Moral development in the professions* (S. 27-50). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Medlin, B. H. (1957). Ultimate principles and ethical egoism. *Australasian Journal of Philosophy*, XXXV, 111-118.
- Metzinger, T. (2009). *Der EGO Tunnel – Eine neue Philosophie des Selbst – Von der Hirnforschung zur Bewusstseinsethik*. Berlin: Berlin Verlag.
- Mikhail, J. (2007). Universal moral grammar: Theory, evidence and the future. *Trends in Cognitive Sciences*, 11 (4), 143-152.
- Mill, J. S. (2004). *Der Utilitarismus*. Stuttgart: Reclam.
- Miller, D. T. & Ratner, R. K. (1996). The power of the myth of self-interest. In L. Montada & M. J. Lerner (Hrsg.), *Societal concerns about justice* (S. 25-48). New York: Plenum Press.
- Miller, D. T. & Ratner, R. K. (1998). The disparity between the actual and assumed power of self-interest. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (1), 53-62.
- Miller, N. E. (1944). Experimental studies of conflict. In J. McVicker Hunt (Hrsg.), *Personality and the behavior disorders – A handbook based on experimental and clinical research* (S. 431-465). New York: Ronald.
- Mills, S. & Bryden, D. C. (2010). A practical approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 36, 50-54.
- Misselhorn, C. (2002). Moral point of view. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 414-417). Stuttgart: Metzler.
- Molewijk, A. C., Abma, T., Stolper, M. & Widdershoven, G. (2008). Teaching ethics in the clinic – The theory and practice of moral case deliberation. *Journal of Medical Ethics*, 34, 120-124.
- Moll, J., Oliveira-Souza, R. de, Bramati, I. E. & Grafman, J. (2002). Functional networks in emotional moral and nonmoral social judgments. *NeuroImage*, 16, 696-703.
- Montada, L. & Kals, E. (2001). *Mediation – Lehrbuch für Psychologen und Juristen*. Weilheim: Beltz PVU.
- Montada, L. (1980). Moralische Kompetenz – Aufbau und Aktualisierung. In L. H. Eckensberger & R. K. Silbereisen (Hrsg.), *Entwicklung sozialer Kognitionen – Modelle, Theorien, Methoden, Anwendungen* (247-266). Stuttgart: Klett-Cotta.

- Montada, L. (2002). Moralische Entwicklung und moralische Sozialisation. In R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (S. 619-647). Weinheim: Belz.
- Moore, G. E. (1996). *Principia Ethica*. Stuttgart: Reclam.
- Moosmüller, G. (2004). *Methoden der empirischen Wirtschaftsforschung*. München: Pearson Studium.
- Morris, R. T. & Sherlock, B. J. (1971). Decline of ethics and the rise of cynicism in dental school. *Journal of Health and Social Behavior*, 12, 290-299.
- Morscher, E. (2002). Kognitivismus / Nonkognitivismus. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 36-48). Stuttgart: Metzler.
- Mulaik, S. A. (2010). *Foundations of factor analysis*. Boca Raton, FL: Chapman & Hall/CRC.
- Müller, A. W. (1998). *Was taugt die Tugend?*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Mummendey, H. D. (1981). Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2, 199-218.
- Myers, R. H. (1990). *Classical and modern regression with applications*. Boston, MA: Duxbury Press.
- Myrdal, G. (1944). *An American dilemma – The Negro problem in modern democracy*. New York: Harper & Row.
- Nguyen, N., T., Basuray, M., T., Smith, W., P., Kopka, D. & McCulloh, D. (2008). Ethics perception – Does teaching make a difference?. *Journal of Education for Business*, 84 (2), 66-75.
- Nickerson, R. (1998). Confirmation bias – A ubiquitous phenomenon in many guises. *Review of General Psychology*, 2 (2), 175-220.
- Nietzsche, F. (1907). *Also sprach Zarathustra – Ein Buch für alle und keinen*. Leipzig: C. G. Naumann.
- Nietzsche, F. W. von (1886). *Jenseits von Gut und Böse – Vorspiel einer Philosophie der Zukunft*. Leipzig: C.G. Naumann.
- Nietzsche, F. W. von (1999). *Werke in drei Bänden – Band III*. München: Carl Hanser.
- Nordgren, L. F., Bos, M. W. & Dijksterhuis, A. (2011). The Best of Both Worlds – Integrating conscious and unconscious thought best solves complex decisions. *Journal of Experimental Social Psychology*, 47, 509-511.

- Norušis, M. J. (2006). *SPSS 15.0. Statistical procedures companion*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- O'Leary, C. (2009). An empirical analysis of the positive impact of ethics teaching on accounting students. *Accounting Education*, 18 (4-5), 505-520.
- Oser, F. & Althof, W. (1992). Von hinten nach vorne – Das moralische Exhaustionsmodell nach Oser. In F. Oser & W. Althof (Hrsg.), *Moralische Selbstbestimmung* (S. 252-255). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Ostini, R. & Ellerman, D. A. (1997). Clarifying the relationship between values and moral judgement. *Psychological Reports*, 81 (2), 691-702.
- Park, N. & Peterson, C. (2006). Moral competence and character strengths among adolescents – The development and validation of the Values in Action Inventory of Strengths for Youth. *Journal of Adolescence*, 29, 891-909.
- Parzeller, M., Wenk, M. & Rothschild, M. A. (2005). Die ärztliche Schweigepflicht. *Deutsches Ärzteblatt*, 102 (5), 289-297.
- Patenaude, J., Niyonsenga, T. & Fafard, D. (2003). Changes in students' moral development during medical school – A cohort study. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 840-844.
- Perrig, W. J., Wippich, W. & Perrig-Chiello, P. (1993). *Unbewußte Informationsverarbeitung*. Bern: Hans Huber.
- Phelps, E.A. (2004). Human emotion and memory – Interactions of the amygdala and hippocampal complex. *Current Opinion in Neurobiology*, 14, 198-202.
- Piaget, J. (1983). *Das moralische Urteil beim Kinde*. Frankfurt a. M.: Klett-Cotta.
- Pittel, S. M. & Mendelsohn, G. A. (1966). Measurement of moral values – A review and critique. *Psychological Bulletin*, 66 (1), 22-35.
- Ponesicky, J. (2003). Psychotherapie und Ethik – der psychosomatische Patient und sein Arzt. *Balint*, 4, 16-18.
- Pope, K. S. & Vetter, V. A. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association – A national survey. *American Psychologist*, 47 (1), 397-411.
- Potthoff, P. (1980). *Der Tod im medizinischen Denken*. Stuttgart: Enke.
- Prior, M., Fairweather, N. B., Rogerson, S. & West, D. (2010). *Is it ethical?*. Orpington, UK: Institute for the Management of Information Systems.

- Quandt, R. E. (1956). A probabilistic theory of consumer behavior. *Quarterly Journal of Economics*, 70, 507-536.
- Ramey, C. H. (2005). Did God Create Psychologists in His Image? Re-conceptualizing cognitivism and the subject matter of psychology. *Journal of Theoretical and Philosophical Psychology*, 25 (2), 173-190.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2006). *Quantitative Methoden 1, Band 1*. Berlin: Springer.
- Rauchfleisch, U. (1982). *Nach besten Wissen und Gewissen – Die ethische Verantwortung in Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Rauprich, O. (2005). Prinzipien in der Biomedizin – Zur Einführung. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 11-45). Frankfurt a. M.: Campus.
- Rawls, J. (1979). *Eine Theorie der Gerechtigkeit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reidenbach, R. E., & Robin, D. P. (1990). Toward the development of a multidimensional scale for improving evaluations of business ethics. *Journal of Business Ethics*, 9, 639-653.
- Reimer, C. (1991). Ethik der Psychotherapie. In W. Pödlinger & W. Wagner, (Hrsg.). *Ethik in der Psychiatrie* (S. 127-147). Berlin: Springer.
- Reimer, C. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42, 307-313.
- Reimer, C. (2000). Ethische Aspekte der Psychotherapie. In C. Reimer, J. Eckert, M. Hautzinger & E. Wilke (Hrsg.), *Psychotherapie – Ein Lehrbuch für Ärzte und Psychologen*. Berlin: Springer.
- Reimer, C. (2003). Suizidale Patienten – Einstellungen und Affekte gegenüber suizidalen Patienten als Therapiehindernis. *Psychotherapeut*, 48, 129-131.
- Reinshagen, H. (1978). Forderungen für die Messung des moralischen Urteils mit standardisierten Verfahren. *Diagnostica*, 24 (2), 137-145.
- Reinshagen, H., Eckensberger, L. H. & Eckensberger, U. S. (1975). *Kohlbergs Interview zum Moralischen Urteil. Teil II: Handanweisung zur Durchführung, Auswertung und Verrechnung*. (Arbeiten der Fachrichtung Psychologie an der Universität des Saarlandes Nr. 32). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.

- Reiter-Theil, S. & Fahr, U. (2005a). Ethik in der Klinischen Psychologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 89-105). Bern: Huber.
- Reiter-Theil, S. & Fahr, U. (2005b). Ethik in der Klinischen Psychologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 89-105). Bern: Huber. Online-Übungen zum Lehrbuch. www.verlagshanser.com/lkp/index.php?k=3&a=fb Zugriff am 22.04.2008.
- Reiter-Theil, S. & Hick, C. (1998). (K)ein Platz für Ethik im medizinischen Curriculum? Notwendigkeit und Formen der Vermittlung. *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 44 (1), 3-13.
- Reiter-Theil, S. & Hiddemann, W. (1997). Das Patientenforum Medizinische Ethik – Ergebnisse eines Modellprojektes. *Medizinische Klinik*, 92 (9), 552-557.
- Reiter-Theil, S. & Medau, I. (2009). Ethische Fragen im Kontext der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 249-260). Heidelberg: Springer.
- Reiter-Theil, S. (1993). Wertfreiheit, Abstinenz und Neutralität? Normative Aspekte in Psychoanalyse und Familientherapie. In: L. H. Eckensberger & U. Gähde (Hrsg.), *Ethische Norm und empirische Hypothese. Beiträge zum Forschungsschwerpunkt Ethik – interdisziplinärer Ethikdiskurs der Deutschen Forschungsgemeinschaft* (S. 302-327). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Reiter-Theil, S. (1994). Praktische Fälle und ethische Prinzipien. Ethik-Blockseminare in der Weiterbildung zur Familientherapie sowie Psychotherapie / Psychosomatik. *Ethik in der Medizin*, 6, 71-76.
- Reiter-Theil, S. (1997). Einleitung. In S. Reiter-Theil (Hrsg.), *Vermittlung Medizinischer Ethik* (S. 11-13). Baden-Baden: Nomos.
- Reiter-Theil, S. (1998a). Ethik in der Klinischen Psychologie. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 63-79.). Bern: Huber.
- Reiter-Theil, S. (1998b). Kompetenz durch Ethik-Konsultation – Ein Modell – dargestellt am Problem der Sterilisation einer geistig behinderten Frau. *Systeme*, 12 (1), 22-36.
- Reiter-Theil, S. (2006). Kommentar zum Fall: «Beenden Sie endlich die quälende künstliche Ernährung!». *Schweizerische Rundschau für Medizin PRAXIS*, 95, 413-418.

- Reiter-Theil, S. (2007). Autonomie des Patienten und ihre Grenzen. In E. Aulbert, F. Friedemann & L. Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Reiter-Theil, S. (2011). What does empirical research contribute to medical ethics? A methodological discussion using exemplary studies. *Cambridge Quarterly Healthcare Ethics*.
- Reiter-Theil, S., Mertz, M., Schürmann, J., Stingelin Giles, N. & Meyer-Zehnder, B. (2011). Evidence – Competence – Discourse: The theoretical framework of the multi-centre clinical ethics support project METAP. *Bioethics*, 25 (7), 403–412.
- Reiter, L. & Steiner, E. (1977). Werthaltungen von Sozialarbeitern und psychosozialen Beratern. *Sozialarbeit in Österreich*, 12, 13-22.
- Reiter, L. & Steiner, E. (1978a). Persönliche Werte von Familientherapeuten und Familienberatern. *Partnerberatung*, 15, 33-41.
- Reiter, L. & Steiner, E. (1978b). Werte und Ziele in der Psychotherapie. *Psychologie heute*, 5, 65-70.
- Rest, J. R. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis, Minn.: University of Minnesota.
- Rest, J. R. (1983). Morality. In P. H. Mussen (Hrsg.), *Handbook of child psychology* (S. 556-629). New York: John Wiley & Sons.
- Rest, J. R. (1994). Background: Theory and research. In J. R. Rest & D. Narváez (Hrsg.), *Moral development in the professions* (S. 1-26). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rest, J. R., Narvaez, D., Bebeau, M. & Thoma, S. (1999). A Neo-Kohlbergian approach: The DIT and schema theory. *Educational Psychology Review*, 11 (4), 291-324.
- Rest, J. R., Narvaez, D., Thoma, S. & Bebeau, M. (1999). DIT-2 – Devising and testing a new instrument of moral judgment. *Journal of Educational Psychology*, 91 (4), 644-659.
- Retzlaff, R., Henningsen, P., Spranger, M., Janssen, B. & Spranger, S. (2001). Prädiktiver Gentest für Chorea Huntington – Erfahrungen mit einem ressourcen- und familienorientierten Beratungsansatz. *Psychotherapeut*, 46, 36-42.
- Reuss, S. & Becker, G. (1996). *Evaluation des Ansatzes von Lawrence Kohlberg zur Entwicklung und Messung moralischen Urteilens*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Revenstorf, D. (1976). *Lehrbuch der Faktorenanalyse*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

- Rheinberg, F. (2002). *Motivation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Riedler-Singer, R. (2005). Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 162-165.
- Rippe, K. P. (2002). Relativismus. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 481-486). Stuttgart: Metzler.
- Roccas, S., Lilach, S., Schwartz, S. & Knafo, A. (2002). The Big Five personality factors and personal values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28 (1), 789-801.
- Rohan, M. J. (2000). A rose by any name? The values construct. *Personality and Social Psychology Review*, 4 (3), 255-277.
- Rokeach, M. (1968a). A theory of organization and change within Value-Attitude-Systems. *Journal of Social Issues*, 24 (1), 13-33.
- Rokeach, M. (1968b). *Beliefs, attitudes, and values – A theory of organization and change*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, NY: The Free Press.
- Rowold, J., Borgmann, L. & Heinitz, K. (2009). Ethische Führung – Gütekriterien einer deutschen Adaptation der Ethical Leadership Scale (ELS-D) von Brown et al. (2005). *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 53 (2), 57-69.
- Rubin, K. H. & Trotter, K. T. (1977). Kohlberg's Moral Judgment Scale: Some Methodological Considerations. *Developmental Psychology*, 13 (5), 535-536.
- Rüger, U. (2003). Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48, 240-246.
- Rummel, R. J. (1970). *Applied factor analysis*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Samuels, R. (2009). The magical number two, plus or minus – Dual-process theory as a theory of cognitive kinds. In J. St. B. T. Evans & K. Frankish (Hrsg.), *In two minds – Dual processes and beyond* (S. 129-146). Oxford: Oxford University Press.
- Sanders, S. & Hoffman, K. (2010). Ethics education in social work – Comparing outcomes of graduate social work students. *Journal of Social Work Education*, 46 (1), 7-22.
- Saunders, L. F. (2009). Reason and intuition in the moral life – A dual-process account of moral justification. In J. St. B. T. Evans & K. Frankish (Hrsg.), *In two minds – Dual processes and beyond* (S. 335-354). Oxford: Oxford University Press.

- Saver, J. L. & Damasio, A. R. (1991). Preserved Access and Processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage. *Neuropsychologia*, 29 (12), 1241-1249.
- Scarano, N. (2002). Metaethik – Ein systematischer Überblick. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 25-35). Stuttgart: Metzler.
- Schaber, P. (2002). Naturalistischer Fehlschluss. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 437-440). Stuttgart: Metzler.
- Schischkoff, G. (1991). *Philosophisches Wörterbuch*. Stuttgart: Kröner.
- Schmied, D. (1981). Standardisierte Fragebogen zur Erfassung des Entwicklungsstandes der moralischen Urteilskompetenz?. *Diagnostica*, 27 (1), 51-65.
- Schmitt, M. & Montada, L. (1981). *Entscheidungsgegenstand, Sozialkontext und Verfahrensregel als Determinanten des Gerechtigkeitsurteils* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 7). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Schmitt, M. (1982). *Zur Erfassung des moralischen Urteils – Zwei standardisierte objektive Verfahren im Vergleich* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 11). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Schmitt, M. (1993). *Abriß der Gerechtigkeitspsychologie* (Berichte aus der Arbeitsgruppe "Verantwortung, Gerechtigkeit, Moral" Nr. 70). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Schmitt, M., Gollwitzer, M., Maes, J. & Arbach, D. (2005). Justice sensitivity – Assessment and location in the personality space. *European journal of psychological assessment*, 21 (3), 202-211.
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (1999). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg.
- Schroer, J. (2003). *Studentische Lehrveranstaltungsevaluation im Internet*. <http://www.joachim-schroer.de/uni/diplomarbeit.pdf> . Zugriff am 12.03.2006.
- Schubö. W., Hagen. K. & Oberhofer. W. (1983). Regressions- und kanonische Analyse. In J. Bredenkamp & H. Feger (Hrsg.), *Strukturierung und Reduzierung von Daten* (Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich B: Methodologie und Methoden, Serie I: Forschungsmethoden in der Psychologie, Band 4. S. 206-292). Göttingen: Hogrefe.

- Schwartz, S. H. & Blisky, W. (1987). Toward a universal psychological structure of human values. *Personality and Social Psychology*, 53 (3), 550-562.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 25, S. 1-65). New York: Academic Press.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the content and structure of values? *Journal of Social Issues*, 50, 19-45.
- Schwartz, S. H. (1996). Value priorities and behavior – Applying of theory of integrated value systems. In C. Seligman, J. M. Olson, & M. P. Zanna (Eds.), *The Psychology of Values: The Ontario Symposium* (Vol. 8, S.1-24). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schwartz, S. H. (2007). Universalism values and the inclusiveness of our moral universe. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 38, 711-728.
- Schwerdt, R. (2005). Die Bedeutung ethischer und moralischer Kompetenz in Rationalisierungs- und Rationierungsentscheidungen über pflegerische Interventionen. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38, 249-255.
- Schwinger, T. (1980). Just allocations of goods: Decisions among three principles. In G. Mikula (Hrsg.), *Justice and social interaction* (S. 95-125). Bern: Hans Huber.
- Senger, R. (1983). Segmentierung des Moralischen Bewusstseins bei Soldaten. In G. Lind, H. A. Hartmann & R. Wakenhut (Hrsg.), *Moralisches Urteilen und soziale Umwelt* (193-210). Weinheim: Beltz.
- Shepherd, G. (1977). A critique and extension of Bronfenbrenner's Moral Dilemma Test. *International Journal of Psychology*, 12 (3), 207-217.
- Shertzer, B., & Morris, K. (1972). APGA members' ethical discriminatory ability. *Counselor Education and Supervision*, 11, 200-206.
- Sieloff, U., Nieder, A., Kasper, E. & Eckensberger, L. H. (1987). *Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung ethischer Orientierungen (FEO) in einem Umweltdilemma* (Arbeiten der Fachrichtung Psychologie an der Universität des Saarlandes Nr. 117). Saarbrücken: Universität des Saarlandes.
- Silberer, G. (1985). Wertewandel und Marketing. *Wirtschaftswissenschaftliches Studium Zeitschrift für Ausbildung und Hochschulkontakt*, 14 (3), 119-124.
- Singer, M. G. (1975). Verallgemeinerung in der Ethik – Zur Logik moralischen Argumentierens (Generalization in ethics. An essay in the logic of ethics, with the

- rudiments of a system of moral philosophy, 1961, übersetzt von C. Langer und B. Wimmer). Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Six, B. (1998). Wert. In H. Häcker & K. H. Stapf (Hrsg.), *Dorsch psychologisches Wörterbuch* (S. 947). Bern: Hans Huber.
- Slováčková, B. & Slováček, L. (2007). Moral judgement competence and moral attitudes of medical students. *Nursing ethics*, 14 (3), 320-328.
- Smart, R. C. & Smart, M. S. (1973). New Zealand Preadolescents' Parent-Peer Orientation and Parent Perceptions Compared with English and American. *Journal of Marriage and the Family*, 35 (1), 142-48.
- Smart, R. C. & Smart, M. S. (1976). Preadolescents' perceptions of parents and their relations to a test of responses to moral dilemmas. *Social Behavior and Personality*, 4 (2), 297-308.
- Smolka, M., Klimitz, H., Scheuring, B. & Fähndrich, E. (1997). Zwangsmaßnahmen in der Psychiatrie aus der Sicht der Patienten – Eine prospektive Untersuchung. *Nervenarzt*, 68, 888-895.
- Song, F., Eastwood, A. J., Gilbody, S., Duley, L. & Sutton, A. J. (2000). Publication and related biases. *Health Technology Assessment*, 4 (10), 1-115.
- Soon, C. S., Brass, M., Heinze, H.-J. & Haynes, J.-D. (2008). Unconscious determinants of free decisions in the human brain. *Nature neuroscience*, 11 (5), 543-545.
- Sripada, C. S. & Stich, S. (2006). A framework for the psychology of norms. In P. Carruthers, S. Laurence & S. Stich (Hrsg.), *The innate mind – Culture and cognition* (S. 280-301). New York: Oxford University Press.
- Statistisches Bundesamt, Fachserie 11, Reihe 4.1, *Bildung und Kultur – Studierende an Hochschulen – Wintersemester 2008/2009*.
- Steinert, T., Hinüber, W., Arenz, D., Röttgers, H. R., Biller, N. & Gebhardt, R. P. (2001). Ethische Konflikte bei der Zwangsbehandlung schizophrener Patienten – Entscheidungsverhalten und Einflussfaktoren an drei prototypischen Fallbeispielen. *Nervenarzt*, 72, 700-708.
- Steinmann, M. (2005). Ein Prinzip für die Prinzipien. Kantische Einwände gegen den Ansatz von Beauchamp und Childress. In O. Rauprich & F. Steger (Hrsg.), *Prinzipienethik in der Biomedizin – Moralphilosophie und medizinische Praxis* (S. 120-144). Frankfurt a. M.: Campus.

- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (fourth edition). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Strack, M. & Gennerich, C. (2007). *EPQ - Ethics Position Questionnaire – deutsche Fassung* (PSYNDEX Tests Info). Trier: Universität Trier, Fachbereich I – Psychologie.
- Strack, M. (2004). *Sozialperspektivität – Theoretische Bezüge, Forschungsmethodik und wirtschaftliche Praktikabilität eines beziehungsdiagnostischen Konstrukts*. Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Strnad, J., Grosjean, S., Schüpbach, B. & Bahro, M. (1999). Suizide in der stationären Psychiatrie unter Beihilfe einer Sterbehilfevereinigung – Fälle aktiver Sterbehilfe? *Nervenarzt*, 70, 645-649.
- Summers, J. & Price, J. (1997). Increasing return rates to a mail survey among health educators. *Psychological Reports*, 81 (2), 551-554.
- Sutton, A. (2010). Ethics and law teaching and learning in undergraduate medicine. *Journal of Medical Ethics*, 36, 511.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics*. Boston: Perason.
- Thielsch, M. T. (2008). *Ästhetik von Websites. Wahrnehmung von Ästhetik und deren Beziehung zu Inhalt, Usability und Persönlichkeitsmerkmalen*. Münster: MV Wissenschaft.
- Thoma, S. J., Rest, J. R. & Davison, M. L. (1991). Describing and testing a moderator of the moral judgment and action relationship. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (4), 659-669.
- Thurstone, L. L. (1947). *Multiple-factor analysis – A development and expansion of "The vectors of mind"*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Traute, A. (2007). Wie sollen wir uns verhalten? Über ethische Dilemmata im Psychologenberuf. *Report Psychologie*, 10, 460.
- Traute, A. (2008). Missbrauch des Abhängigkeitsverhältnisses – Ein Fall des Schieds- und Ehrengerichts des BDP. *Report Psychologie*, 3, 154-155.
- Trautner, H. M. (1991). *Lehrbuch der Entwicklungspsychologie – Band 2: Theorien und Befunde*. Göttingen: Hogrefe.
- Trudewind, C. (2006). Soziale und moralisch Kompetenz. In H.-W. Bierhoff & D. Frey (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 515-522). Göttingen: Hogrefe.

- Tversky, A. & Kahneman, D. (1974). Judgment under uncertainty – Heuristics and biases. *Science*, 185, 1124-1131.
- Van Hoose, W. H., & Paradise, L. V. (1979). *Ethics in Counseling and Psychotherapy – Perspectives on Issues and Decision-making – Includes the ethical judgment scale and manual*. Cranston, RI: The Carroll Press.
- Victor, B., & Cullen, J. B. (1988). The organizational bases of ethical work climates. *Administrative Science Quarterly*, 33, 101-125.
- Waters, E., & Sroufe, L. A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.
- Weber, J. (1993). Exploring the relationship between personal values and moral reasoning. *Human Relations*, 46 (4), 435-463.
- Weinert, F. E. (2001). Concept of competence – A conceptual clarification. In D. S. Rychen & L. H. Salganik (Hrsg.), *Defining and selecting key competencies* (S. 45-65). Seattle: Hogrefe & Huber.
- Welfel, E. R. & Kitchener, K. S. (1992). Introduction to the special section – Ethics education – an agenda for the '90s. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 179-181.
- Welfel, E. R. (1992). Psychologist as ethics educators. Successes, failures, and unanswered questions. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 182-189.
- Werner, M. H. (2002). Deontologische Ansätze. In M. Düwell, C. Hübenthal & M. H. Werner (Hrsg.), *Handbuch Ethik* (S. 122-127). Stuttgart: Metzler.
- Westmeyer, H. (1984). Methodologische Probleme der Wertforschung in der Psychologie. In A. Stiksrud (Hrsg.), *Jugend und Werte – Aspekte einer Politischen Psychologie des Jugendalters* (32-44). Weinheim: Beltz.
- Wiehl, R. (2002). Grenzsituationen und ethische Wertbildung. In H. A. Kick (Hrsg.), *Ethisches Handeln in den Grenzbereichen von Medizin und Psychologie* (S. 24-34). Münster: Lit.
- Wilmoth, G. H. & McFarland, S. G. (1977). A comparison of four measures of moral reasoning. *Journal of Personality Assessment*, 41 (4), 396-401.
- Winter, D. G., John, O. P., Stewart, A. J., Klohnen, E. C. & Duncan, L. E. (1998). Traits and motives – Toward an integration of two traditions in personality research. *Psychological Review*, 105, 230-250.

- Witte, E. H. & Doll, J. (1995). Soziale Kognition und empirische Ethikforschung – Zur Rechtfertigung von Handlungen. In E. H. Witte (Hrsg.), *Soziale Kognition und empirische Ethikforschung* (S. 97-115). Lengerich: Pabst.
- Witte, E. H. (1994). Lehrbuch Sozialpsychologie (2. Aufl.). Weinheim: Beltz-PVU.
- Wittmann, S. (1996). Ethik in der Personalentwicklung – Ansätze zur Förderung moralischer Kompetenz. *Personal*, 48 (1), 32-35.
- Wood, B. J., Klein, S., Cross, H. J., Lammers, C. J. & Elliot, J. K. (1985). Impaired practitioners – Psychologists' opinions about prevalence and proposals for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 16, 843-850.
- Wundt, W. M. (1898). *Grundriss der Psychologie* (Dritte verbesserte Auflage). Leipzig: Verlag von Wilhelm Engelmann.
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and Thinking – Preference need no inferences. *American Psychologist*, 35 (2), 151-175.

Anhang

Anhang A: E-Mail zur Akquise von Probanden.....	256
Anhang B: Endgültige Version des Fragebogens.....	258
Anhang C: Fragebogen für die Voruntersuchung	292
Anhang D: Fragebogen – Zuordnung der Items.....	320
Anhang E: Prognostizierte Zuordnung der Items	333
Anhang F: Literatur – Fallbeispiele.....	362
Anhang G: Ergänzungen zur statistischen Auswertung	365
Curriculum Vitae	412
Schriftliche Erklärung.....	414

Anhang A

Im Folgenden wird das Anschreiben an öffentlich zugängliche E-Mail Verteiler von Medizin- und Psychologiestudierenden sowie Psychologen und Medizinerinnen abgedruckt, das zur Akquise von Probanden verwendet wurde.

Betreff: Bitte nimm an meiner Umfrage teil!

Liebe Kommilitoninnen und Kommilitonen,

zurzeit entwerfe ich einen Test, der das Entscheidungsverhalten von Medizinerinnen und Psychologinnen in aus ethischer Perspektive problematischen Situationen erheben soll. Dabei bin ich auf Deine Mithilfe angewiesen!

Falls Du Dir 30 bis 40 Minuten Zeit nehmen könntest, um diese Vorstudie durchzuführen, wäre ich Dir sehr dankbar. Durch Deine Teilnahme hilfst Du mir, Entscheidungsverhalten verständlicher zu machen und gegebenenfalls einen adäquaten Test zu entwickeln.

Vorkenntnisse sind keine erforderlich. Ich habe mich bemüht den Fragebogen so kurz und interessant wie möglich zu gestalten.

Um die Umfrage zu starten, sollte ein Doppelklick auf folgenden Link ausreichen:

http://www.unipark.de/uc/ch_uni_basel_hollwich_test/0bbd

Ich bedanke mich im Voraus ganz herzlich für Deine Teilnahme!!!

Falls Du NICHT an der Umfrage teilnehmen möchtest, wäre ich Dir dankbar, wenn Du bitte auf diesen Link doppelklickst <http://home.arcor.de/sebastian.hollwich/Counter.html> - dadurch ermöglichst Du mir die Rücklaufquote zu bestimmen. Meinen besten Dank.

Herzliche Grüße

Sebastian Hollwich

Universität Basel

Anhang B

Auf den folgenden Seiten ist die letzte Version des Fragebogens abgebildet, die sechs Fallbeispiele enthielt und zur Erhebung der Daten verwendet wurde.



Herzlich willkommen zum Entscheidungs-Fragebogen

Vielen Dank für Ihr Interesse an diesem Fragebogen!

Ziel dieses Fragebogens ist, das Entscheidungsverhalten von Medizinerinnen und Psychologinnen in – aus ethischer Perspektive – problematischen Situationen zu erheben. Durch Ihre Teilnahme helfen Sie mir, den Test weiterzuentwickeln. Vorkenntnisse sind keine erforderlich. Ich habe mich bemüht, den Fragebogen so kurz und interessant wie möglich zu gestalten.

Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer des Fragebogens liegt bei **30 Minuten**. Selbstverständlich können Sie sich mit ihm bei Interesse auch wesentlich länger beschäftigen. Sie können den Fragebogen zu jedem Zeitpunkt abbrechen. Nach einer Unterbrechung können Sie den Fragebogen jederzeit weiter ausfüllen, falls Ihr Browser Cookies akzeptiert.

Im Teil I des Fragebogens werden alle notwendigen demografischen Variablen erhoben (Geschlecht, Alter etc.). Im Teil II werden kurze Fallbeispiele geschildert mit der Bitte an Sie, anzuklicken, wie Sie wahrscheinlich in der beschriebenen Situation entscheiden würden. Abschließend bitte ich Sie im Teil III, anzugeben, welche Informationen ausschlaggebend für Ihre Einschätzung der von Ihnen als richtig angesehenen Handlungsweise sind. Auf der letzten Seite finden Sie meine E-Mail-Adresse für Anfragen bezüglich der Forschungsfragen.

Bereits im Voraus bedanke ich mich bei Ihnen sehr für Ihre Teilnahme und hoffe, dass die Bearbeitung auch für Sie interessant sein möge.

Sebastian Hollwich

Ihre Daten werden vollkommen anonym erhoben, so dass sie nicht Ihrer Person zugeordnet werden können. Falls Sie Ihren Namen oder Ihre E-Mail-Adresse in einem der Felder nennen, werde ich Ihre Daten selbstverständlich streng vertraulich behandeln. Die Daten dienen ausschließlich der wissenschaftlichen Forschung.

Falls Sie sich den **Fragebogen bloß anschauen** möchten, markieren Sie bitte die Frage auf der vorletzten Seite entsprechend.

Weiter



11%

Teil I - Fragen zu Ihrer Person

Sind Sie

- weiblich
- oder männlich?

Wie alt sind Sie?

Sind Sie

- Mediziner,
- Psychologe,
- Medizinstudierender,
- Psychologiestudierender
- oder etwas anderes.

Im wievielten Semester studieren Sie?

(Bitte lassen Sie die Frage aus, falls Sie Ihr Studium bereits beendet haben.)

Bzw. vor wie vielen Jahren haben Sie Ihre Berufsausbildung / Ihr Studium beendet?

(Bitte lassen Sie die Frage aus, falls Sie Ihre Berufsausbildung / Ihr Studium noch nicht beendet haben.)

Was ist Ihre fachliche Ausrichtung?

In welcher Stadt wohnen Sie?

Weiter



17%

Teil II - Ihre Entscheidung zu den Fallbeispielen

Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssten in den im Folgenden geschilderten Situationen eine Entscheidung fällen. Die hier präsentierten Fallbeispiele enthalten wesentlich weniger Informationen, als Ihnen in einer realen Lebenssituation gegeben sind. Ich bitte Sie trotzdem, nur aufgrund der hier gegebenen Informationen eine Entscheidung zu fällen.

Weiter



Teil II

Fallbeispiel 1 (von 6): Leistungssteigerndes Medikament für Studenten

Sie haben vor wenigen Monaten die allgemeinmedizinische Praxis eines verstorbenen Berufskollegen übernommen. Ein Student, ehemaliger Patient Ihres Kollegen, bittet Sie um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung einhergehend mit einer schleichenden Toleranzentwicklung bzw. Wirkungsabschwächung steigert. Der Patient hat das Medikament von Ihrem verstorbenen Kollegen regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben bekommen. Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe. Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen. Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet.

Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich. Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich. Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung. Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde dem Patienten *in jedem Fall* das Medikament verschreiben.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise nicht*
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Ich würde dem Patienten *in keinem Fall* das Medikament verschreiben.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)



Teil II

Fallbeispiel 2 (von 6): Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Sie arbeiten als Psychologin/Psychologe in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an Sie, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen. Sie stehen in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und wissen daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen. Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.

Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. Trotzdem sollte es Ihnen möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls Sie Ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzen. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Klientin bereut.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde *in jedem Fall* versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise nicht*
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Ich würde *in keinem Fall* versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

| |

| |



33%

Teil II

Fallbeispiel 3 (von 6): Suizidaler Depressiver

Sie sind als Psychotherapeut/Psychotherapeutin in der geschlossenen Station einer Psychiatrie mit kirchlicher Trägerschaft und entsprechend christlichem Leitbild tätig und behandeln seit sechs Monaten einen 47-jährigen Patienten mit einer schweren Depression. Während seines Aufenthalts haben Sie unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt. Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an. Daher und aufgrund der Anamnese des Klienten wurde seine Verfassung in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt. Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden. Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten, da er sein Leben nicht mehr ertragen will. Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt Ihnen im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren kann. Dem Patienten würde dadurch ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben. Momentan hat der Patient keinen Ausgang, Sie könnten ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für Sie vermeiden ließen. Obwohl die Plätze in der Psychiatrie die Nachfrage nicht decken können, befürworten Ihre Kollegen und auch der Oberarzt der Station einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht. Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden. Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde *in jedem Fall* "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise keinen*
- *eher keinen*
- *relativ sicher keinen*
- Ich würde *in keinem Fall* "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

Weiter



39%

Teil II

Fallbeispiel 4 (von 6): Privatpatient bittet um Psychoanalyse

Sie haben als Psychoanalytikerin/Psychoanalytiker vor wenigen Monaten Ihre Praxis eröffnet, in der Sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandeln. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht Ihren finanziellen Bedarf. Ein Klient tritt an Sie mit der Bitte heran, dass Sie mit ihm eine Psychoanalyse beginnen. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er Sie nun um Hilfe und Anleitung bitte. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn Sie kassenärztlich zugelassen wären.

Bisher hat Ihrem Eindruck nach noch keiner Ihrer Patienten Schaden an Ihren Interventionen genommen. Trotzdem klären Sie Ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben. Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor. Zudem kann das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen. Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern. Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung des Analytikers bzw. der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen. Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde *in jedem Fall* mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise nicht*
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Ich würde *in keinem Fall* mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen)

möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

| |

| |

Weiter



Teil II

Fallbeispiel 5 (von 6): Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin

Sie absolvieren zur Zeit Ihre Therapieausbildung zum Psychotherapeuten / zur Psychotherapeutin. Eine 22-jährige Bekannte spricht Sie an, ob Sie nicht einen kompetenten Therapeuten kennen, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann. Sie empfehlen ihr einen Ihrer Ausbilder, da Sie ihn für die Problematik Ihrer Bekannten für besonders kompetent halten. Nach ein paar Monaten erfahren Sie von Ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei Ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihr und diesem Ausbilder zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u.a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor. Auf Ihre Frage, ob Sie den Ausbilder diesbezüglich zur Rede stellen dürften, meint sie, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls Sie es für richtig halten. Laut Ihrer Bekannten, wisse der Therapeut bisher nichts von der Bekanntschaft zwischen ihnen beiden. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnten Sie zwar Ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt. Ihnen ist bekannt, dass das Verhalten Ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP**“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt und die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider gehandelt. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen. Im Verlauf Ihrer Ausbildung werden Sie auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.

* Deutsche Gesellschaft für Psychologie

** Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde meinen Ausbilder *in jedem Fall* bezüglich dieses Vorfalls zur Rede stellen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise nicht*
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Ich würde meinen Ausbilder *in keinem Fall* bezüglich dieses Vorfalls zur Rede stellen.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

| |

| |



Teil II

Fallbeispiel 6 (von 6): Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington Patientin

Sie sind seit zwei Jahrzehnten Hausärztin/Hausarzt einer 67-jährigen Frau, die vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben ist. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden. Zu den ebenfalls fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhaft Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.

Der 32-jährige Sohn der verstorbenen Frau, ebenfalls Patient von Ihnen, hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit. Nichtsdestotrotz hat seine Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen, obwohl sie von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen wurde. Daher möchte ihr Sohn jetzt von Ihnen wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist. Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab. Ihre Schweigepflicht gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde dem Patienten *in jedem Fall* die Diagnose seiner Mutter mitteilen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise nicht*
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Ich würde dem Patienten *in keinem Fall* die Diagnose seiner Mutter mitteilen.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

Weiter



Teil III - Entscheidung zu den Fallbeispielen, die Sie für richtig halten

Im Folgenden interessiert mich, wie stark Ihrer Meinung nach **eine andere Person** in den soeben geschilderten Fallbeispielen die einzelnen Informationen für die eine oder andere Handlungsoption bei der Wahl beachten sollte. Da alle Informationen in den Items enthalten sind, ist es nicht notwendig, dass Sie die Fallbeispiele auf den folgenden Seiten noch einmal lesen. Es wurden keine Informationen hinzugefügt, lediglich sind jetzt Sie nicht mehr die handelnde Person.

Abschließen bitte ich Sie, zu jedem Fallbeispiel anzuklicken, welche Handlungsoption Sie für eine fremde Person für angemessen halten. Diese kann selbstverständlich von der für Sie selbst gewählten Handlungsoption auf den vorausgehenden Seiten abweichen, da Sie bei dieser Wahl eventuell persönliche Gründe berücksichtigt haben, die Sie nicht für andere Personen für verbindlich halten.

Weiter

Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich.

Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich.

Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung.

Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Allgemeinmedizinerin mit welcher Sicherheit wählen sollte.

Die Allgemeinmedizinerin sollte dem Patienten *in jedem Fall* das Medikament verschreiben.

..... *relativ sicher*

..... *eher*

..... *möglicherweise*

..... *- weder noch -*

..... *möglicherweise nicht* ...

..... *eher nicht*

..... *relativ sicher nicht*

Die Allgemeinmedizinerin sollte dem Patienten *in keinem Fall* das Medikament verschreiben.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

unentschieden sind,

beide Optionen für gleichwertig halten,

keine Meinung dazu haben,

oder weiteres:..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

Weiter



Teil III

2. Zur Erinnerung: Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen. Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen. Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin. Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Klientin bereit.

Wie stark sollte die Psychologin Ihrer Meinung nach die einzelnen, für sich betrachteten* Informationen als Argument für oder gegen den Überzeugungsversuch der Klienten zur Sterilisation beachten?

(*Wenn kein anderes Argument für oder gegen die Handlung sprechen würde.)

	spricht stark für den Überzeugungsversuch							spricht stark gegen den Überzeugungsversuch						
Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-

Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie Ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Die Klientin würde die Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Psychologin mit welcher Sicherheit wählen sollte.

-○- Die Psychologin sollte *in jedem Fall* versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen.

-
- *relativ sicher*
 - *eher*
 - *möglicherweise*
 - *- weder noch -*
 - *möglicherweise nicht* ...
 - *eher nicht*
 - *relativ sicher nicht*
 - Die Psychologin sollte *in keinem Fall* versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- oder weiteres:

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

| |

| |

Weiter

Behandlungsbeginn Suizidabsichten.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er will sein Leben nicht mehr ertragen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt der Psychotherapeutin im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dem Patienten würde ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Plätze in der Psychiatrie können die Nachfrage nicht decken.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Psychotherapeutin mit welcher Sicherheit wählen sollte.

- Die Psychotherapeutin sollte dem Patienten *in jedem Fall* "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *- weder noch -*
- *möglicherweise keinen* ...
- *eher keinen*
- *relativ sicher keinen*
- Die Psychotherapeutin sollte dem Patienten *in keinem Fall* "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- oder weiteres:..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

| |

| |



Teil III

4. Zur Erinnerung: Privatpatient bittet um Psychoanalyse

Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf. Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.

Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen. Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben. Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor. Zudem kann das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen. Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern. Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen. Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

Wie stark sollte die Psychoanalytikerin Ihrer Meinung nach die einzelnen, für sich betrachteten* Informationen als Argument für oder gegen das Beginnen der Psychoanalyse des Klienten beachten?

(*Wenn kein anderes Argument für oder gegen die Handlung sprechen würde.)

	spricht stark für das Beginnen							spricht stark gegen das Beginnen						
Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile,	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-

wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte.

Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Zudem kann das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

-○- -○- -○- -○- -○- -○- -○- .

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Psychoanalytikerin mit welcher Sicherheit wählen sollte.

-
- Die Psychoanalytikerin sollte *in jedem Fall* mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *- weder noch -*
- *möglicherweise nicht* ...
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Die Psychoanalytikerin sollte *in keinem Fall* mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- oder weiteres:..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

||

||

Weiter



Teil III

5. Zur Erinnerung: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin

Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann. Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält. Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihr und diesem Ausbilder zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u.a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor. Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder diesbezüglich zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte. Laut ihrer Bekannten, wisse der Therapeut bisher nichts von der Bekanntschaft zwischen ihnen beiden. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt. Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP**“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt und die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider gehandelt. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.

Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.

* Deutsche Gesellschaft für Psychologie

** Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

Wie stark sollte die Psychotherapeutin in Ausbildung Ihrer Meinung nach die einzelnen, für sich betrachteten* Informationen als Argument für oder gegen das zur Rede stellen ihres Ausbilders beachten?

(*Wenn kein anderes Argument für oder gegen die Handlung sprechen würde.)

	spricht stark für das zur Rede stellen							spricht stark gegen das zur Rede stellen						
Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält.	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-	-○-
Nach ein paar Monaten erfährt sie von														

Benotung sich das Ansprechen des Vorfalles vermutlich nicht positiv auswirken wird.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Psychotherapeutin in Ausbildung mit welcher Sicherheit wählen sollte.

- Die Psychotherapeutin in Ausbildung sollte ihren Ausbilder *in jedem Fall* bezüglich dieses Vorfalles zur Rede stellen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *- weder noch -*
- *möglicherweise nicht* ...
- *eher nicht*
- *relativ sicher nicht*
- Die Psychotherapeutin in Ausbildung sollte ihren Ausbilder *in keinem Fall* bezüglich dieses Vorfalles zur Rede stellen.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- oder weiteres:..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

||

||

Weiter



Teil III

6. Zur Erinnerung: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington Patientin

Ein Mediziner ist seit zwei Jahrzehnten Hausarzt einer 67-jährigen Frau, die vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben ist. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden. Zu den ebenfalls fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhafte Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.

Der 32-jährige Sohn der verstorbenen Frau, ebenfalls Patient des Mediziners, hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit. Nichtsdestotrotz hat seine Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen, obwohl sie von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen wurde. Daher möchte ihr Sohn jetzt von seinem Hausarzt wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist. Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab. Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

Wie stark sollte der Mediziner Ihrer Meinung nach die einzelnen, für sich betrachteten* Informationen als Argument für oder gegen das Mitteilen der Diagnose der Mutter beachten?

(*Wenn kein anderes Argument für oder gegen die Handlung sprechen würde.)

	spricht stark für das Mitteilen					spricht stark gegen das Mitteilen	
Die 67-jährige Mutter des Patienten ist vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu den fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem							

Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhafte Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der 32-jährige Patient hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seine Mutter hat niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sie wurde von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative der Mediziner mit welcher Sicherheit wählen sollte.

- Der Mediziner sollte dem Patienten *in jedem Fall* die Diagnose seiner Mutter mitteilen.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- *- weder noch -*

-
- *möglicherweise nicht* ...
 - *eher nicht*
 - *relativ sicher nicht*
 - Die Mediziner sollte dem Patienten *in keinem Fall* die Diagnose seiner Mutter mitteilen.

Falls Sie „ - weder noch - “ angekreuzt haben, geben Sie bitte an,

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- oder weiteres: ..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

||

||

Weiter



94%

Bitte geben Sie als letztes an, ob Sie den Fragebogen ernsthaft ausgefüllt haben, oder ob Sie sich ihn lediglich anschauen wollten.

- Ich habe den Fragebogen ernsthaft ausgefüllt.
- Ich habe mir den Fragebogen nur angeschaut.

Weiter



100%

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Ihre Ergebnisse wurden abgeschickt und gespeichert.

Falls Sie Interesse an der Forschungsfrage oder den Ergebnissen haben, können Sie sich gerne mit mir in Verbindung setzen!

Mit herzlichen Grüßen

Sebastian Hollwich

Kontakt: Sebastian.Hollwich@unibas.ch

Anhang C

Der Fragebogen für die Voruntersuchung mit 14 Fallbeispielen wird hier aus Platzgründen nicht – wie die endgültige Version – originalgetreu abgebildet, sondern lediglich jeweils das erste Fallbeispiel in den zwei unterschiedlichen Versionen und die übrigen Fallbeispiele als Textversion. Diese Version des Fragebogens enthält unter anderem eine Frage, ob die Probanden die Informationslage als vollständig erleben oder vor der Entscheidung weitere Informationen einholen würden.



Teil II - Ihre Entscheidung zu den Fallbeispielen

Stellen Sie sich bitte vor, Sie müssten in den im Folgenden geschilderten Situationen eine Entscheidung fällen. Die hier präsentierten Fallbeispiele enthalten wesentlich weniger Informationen, als Ihnen in einer realen Lebenssituation gegeben sind. Ich bitte Sie trotzdem, nur aufgrund der hier gegebenen Informationen eine Entscheidung zu fällen.

1. Fallbeispiel: Infertilität durch geplante Chemotherapie bei einem Jugendlichen

Ein 16-jähriger Patient von Ihnen ist das einzige Kind eines erfolgreichen Unternehmers, versteht sich gut mit seinem Vater und macht eine Ausbildung in dessen Betrieb. Vor kurzer Zeit wurde Morbus Hodgkin, ein bösartiger Tumor des Lymphsystems, im frühen Stadium bei Ihrem Patienten diagnostiziert. Mittels der geplanten Chemotherapie sind die Heilungschancen gut bis sehr gut. Eine Nebenwirkung der Chemotherapie wird irreversible Unfruchtbarkeit sein. Aus einer Äußerung des Vaters wird deutlich, dass er sich Enkel wünscht, u.a. damit die Leitung seines Betriebs in der Hand der Familie bleibt. Daher fordert der Vater des Klienten von Ihnen als Urologe/Urologin, dass Sie Spermien seines Sohnes einfrieren, um seinem Sohn zu ermöglichen, später einmal eigene Kinder zu haben. Das Gewinnen und anschließende Einfrieren von Spermien durch Masturbation oder einen mikrochirurgischen Eingriff wären die einzigen Möglichkeiten für den Patienten, nach der Chemotherapie einmal eigene Kinder haben zu können. Das Einfrieren von Spermien bei drohender Infertilität ist das übliche Verfahren. Ihr Patient kann sich momentan schlecht vorstellen, jemals eine Familie zu gründen, hat allerdings nichts gegen das Gewinnen von Spermien durch Masturbation und das Einfrieren selbiger einzuwenden. Allerdings könnte schon die Existenz gewonnener Spermien an sich oder durch Dritte (beispielsweise durch den Vater) Druck auf den Patienten ausüben, eigene Kinder zeugen zu lassen.

Falls Sie in der realen Situation weitere Informationen einholen würden, bevor Sie eine Entscheidung treffen, bitte ich Sie, diese anschließend stichwortartig zu benennen.

Bevor ich eine Entscheidung treffen würde, würde ich weitere Informationen einholen,

	trifft nicht zu				trifft zu
da mir die gegebenen Informationen für eine Entscheidung nicht ausreichen,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
da mir die gegebenen Informationen nicht verlässlich genug sind,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aus anderen Gründen..	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Falls Sie weitere Informationen einholen würden, welche wären das?
(Bitte verwenden Sie vorwiegend Stichworte.)

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative Sie mit welcher Sicherheit wählen würden.

- Ich würde *in jedem Fall* Spermien des Klienten einfrieren.
- *relativ sicher*

- *eher*
- *möglicherweise*
- *möglicherweise keine*
- *eher keine*
- *relativ sicher keine*
- Ich würde *in keinem Fall* Spermien des Klienten einfrieren.

Möchten Sie etwas anmerken?

(Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen für einen **Kommentar** dankbar.)

2. Fallbeispiel: Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Sie arbeiten als Psychologe/Psychologin in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an Sie, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 73. An im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie sich häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr erinnern oder nachvollziehen. Sie stehen in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und wissen, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders einer Kollegin, die vor kurzem ein Kind bekommen hat. In der Arbeitsgruppe der Klientin besteht die einhellige Auffassung: „Man soll wenigstens ein Kind bekommen, selbst wenn man nicht für das Kind sorgen kann.“. Die Rolle des Vaters des Kindes und die Beziehung zu ihm ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es

eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.

Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. Trotzdem sollte es Ihnen möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls Sie Ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzen. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Klientin bereut.

3. Fallbeispiel: Zwangseinweisung eines psychotischen Patienten

Sie sind ärztlicher Psychotherapeut / ärztliche Psychotherapeutin und leiten die geschlossene Abteilung einer Psychiatrie. Eine Frau konsultiert Sie bezüglich ihres inzwischen 20-jährigen Sohnes. Über den Sohn ist Ihnen bekannt, dass er vor dreieinhalb Jahren nach seinem Realschulabschluss mit paranoiden Wahnideen, akustischen Halluzinationen und fehlender Krankheitseinsicht in die Psychiatrie zwangseingewiesen worden war und nach zwei Monaten psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung ohne akute Symptome entlassen werden konnte. Die Mutter berichtet, dass ihr Sohn vor einem halben Jahr seine Ausbildung als Chemielaborant mit einer guten Note abgeschlossen habe, momentan allerdings nicht dazu zu bewegen sei, sich eine Arbeit zu suchen. Zudem habe er seine bisher regen sozialen Kontakte abgebrochen und gehe keinen Freizeitbeschäftigungen mehr nach, sondern halte sich meist in seinem Zimmer bei heruntergelassenen Rollläden auf. Sein Essen prüfe er misstrauisch und äußere bisweilen den Verdacht, es sei vergiftet. Er wirke häufig erregt, sein Denken sei unzusammenhängend, teilweise kaum nachvollziehbar. Ihr gegenüber verhalte er sich feindselig, zeitweilig auch körperlich aggressiv, in dem er sie wegstoße und gelegentlich sogar schlage. Auch seinen Bekannten gegenüber, die immer seltener vorbeischauchen, verhalte er sich, laut seiner Mutter, zumindest verbal aggressiv. Seine zur Rückfallverhütung verordneten Medikamente habe er abgesetzt, da er sie, wie er behauptete, nicht mehr brauche.

Verschiedene Versuche der Mutter sowie sozialpsychiatrischer Dienste über zwei Monate hinweg, eine Behandlung auf freiwilliger Basis in die Wege zu leiten, sind gescheitert. Auch ist er nicht zu einem persönlichen Gespräch mit Ihnen bereit. Die Mutter berichtet gleichwohl, dass ihr Sohn die Zwangseinweisung vor dreieinhalb Jahren mit zunehmendem zeitlichen Abstand auch zunehmend positiver bewertet habe, trotzdem will er unter keinen Umständen noch einmal in eine Psychiatrie.

4. Fallbeispiel: Mundpflege bei einem Patienten, der Widerstand leistet

Ein Patient auf der Intensivstation leidet an einer fortgeschrittenen Leukämie und ist bei einem aktuell schlechten Allgemeinzustand pflegebedürftig und nicht ansprechbar. Seine Mundschleimhaut ist entzündet und blutet immer wieder, da er die Mundpflege durch Zubeißen unmöglich macht. Offensichtlich ist die Mundpflege für den Patienten schmerzhaft. Da alle bisherigen Maßnahmen (gutes Zureden, lokales Anästhetikum etc.) erfolglos geblieben sind, ordnet der zuständige Arzt an, dem Patienten vor der Mundpflege ein kurz wirkendes Narkotikum intravenös zu verabreichen, um die Mundpflege zu ermöglichen. Das Narkotikum hätte aller Voraussicht nach keine Nebenwirkungen. Sie als einzige Pflegekraft mit einer Weiterbildung in Anästhesiepflege hätten heute die erste Narkose zur Mundpflege mit Hilfe eines Kollegen durchzuführen, entnehmen Sie dem Pflegeplan und wird Ihnen in der Morgenübergabe mitgeteilt. Der venöse Zugang ist aufgrund anderer medizinischer Interventionen schon gelegt. Die kurzzeitige Narkotisierung des Patienten würde dessen Autonomie und seinem Selbstbestimmungsrecht zuwiderlaufen. Die anderen Pflegenden auf Ihrer Station sind generell bemüht, sich das Vertrauen der Patienten zu erarbeiten, und vermeiden daher Handlungen, die die Autonomie der Patienten untergraben. Prinzipiell können Eingriffe ohne Einwilligung der Klienten das Vertrauen der Klienten in die Behandelnden mindern, ohne welches das Behandlungsverhältnis in anderen Fällen eventuell nicht zustande gekommen wäre. Um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu bestimmen, wurden die Angehörigen bisher nicht befragt. Aufgrund des geringen gesundheitlichen Risikos für den Patienten wurde der gerichtlich eingesetzte Betreuer ebenfalls noch nicht befragt. Die dem Patienten verbleibende Lebenszeit wurde in der letzten Visite auf zwei bis drei Monate geschätzt. Ohne Mundhygiene würden sich die Entzündungen ausweiten und könnten, wenn auch recht unwahrscheinlich, einen Abszess bilden, der schlimmstenfalls zur Blutvergiftung und zum Tod des Patienten führen könnte. Aufgrund der hohen Dosis an

Analgetika*, die dem Patienten verabreicht werden, kann schlecht abgeschätzt werden, ob und wie schmerzhaft die Entzündungen für den Patienten sind. Die Narkotisierung des Patienten ohne dessen Einwilligung könnte den Patienten andererseits im Nachhinein psychisch belasten. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt ist in den nächsten drei Tagen nicht möglich.

* Schmerzmittel

5. Fallbeispiel: Sozialpädagogische Familienhilfe

Sie sind Psychologin/Psychologe und arbeiten für das Jugendamt als sozialpädagogische Familienhilfe in der Familie G. aufgrund auffälligen Verhaltens der beiden neunjährigen Zwillinge. Bei der anfänglichen Klärung der Familienverhältnisse in einem Gespräch mit Frau G. alleine eröffnet diese Ihnen, dass Herr G., von dem sie sich vor einem halben Jahr getrennt hat, nicht der Vater der Zwillinge sei, was sie ihrem Ex-Mann allerdings auf keinen Fall mitteilen möchte. Sie ist als alleinerziehende Mutter ohne Ausbildung auf die Alimente ihres Ex-Mannes angewiesen, die er – ihrer Überzeugung nach – nicht zahlen würde, falls er wüsste, dass er nicht der leibliche Vater der Zwillinge ist. Der leibliche Vater der Zwillinge könne ihr keinen Unterhalt für die Kinder zahlen, so Frau G. Die Alimente von Herrn G. ermöglichen es Frau G. beispielsweise, jedem Kind ein eigenes kleines Zimmer zur Verfügung zu stellen und den Zwillingen Nachhilfe zu finanzieren. Die Zwillinge besuchen Herrn G. regelmäßig am Wochenende, was den Zwillingen gut tut und für Frau G. eine Entlastung darstellt. Zudem werden die Besuche von Herrn G. gewünscht.

Im Gespräch mit Ihnen erwähnt Herr G., dass er vor kurzer Zeit eine besser bezahlte, jedoch mit einem höheren Gesundheitsrisiko verbundene Arbeit aufgenommen habe, da ihm sonst aufgrund der Unterhaltszahlungen nicht genug Geld übrig bliebe. In der Familie besteht aufgrund des an Kindswohlgefährdung grenzenden Erziehungsverhaltens der Mutter offensichtlicher Bedarf an Hilfe. Frau G.s Vertrauen in Sie und die ihr von Ihnen zugesicherte Schweigepflicht bildet eine gute Basis für weitere psychologische Intervention. Allerdings müssten Sie über Frau G.s Betrug an ihrem Ex-Mann ihm und ihren Söhnen gegenüber fortdauernd schweigen, falls Sie die Hilfe weiterführen wollen. Darauf angesprochen teilt Frau G. Ihnen mit, dass sie eher auf Ihre Hilfe verzichten würde, als ihrem Ex-Mann die Wahrheit zu sagen.

6. Fallbeispiel: Suizidaler Depressiver

Sie sind als Psychotherapeut/Psychotherapeutin in der geschlossenen Station einer Psychiatrie mit kirchlicher Trägerschaft und entsprechend christlichem Leitbild tätig und behandeln seit sechs Monaten einen 47-jährigen Patienten mit einer schweren Depression. Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an. Während seines Aufenthalts haben Sie unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt. Daher und aufgrund der Anamnese des Klienten wurde seine Verfassung in den letzten Visiten für stabil und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt. Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden. Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten, da er sein Leben nicht mehr ertragen will. Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, ist Pharmakologin und schlägt vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort – gegebenenfalls mit ihrer Hilfe – suizidieren kann. Dem Patienten würde dadurch ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben. Momentan hat der Patient keinen Ausgang, Sie könnten ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch die Verantwortung für den Suizid nicht komplett bei Ihnen läge. Ihre Kollegen und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid prinzipiell und auch in diesem speziellen Fall nicht. Allerdings wird die endgültige Entscheidung bezüglich der Ausgangsregelung Ihnen überlassen. Ihnen wurde zugesichert, dass sich die Entscheidung nicht auf Ihre Arbeitsplatzsicherheit auswirken wird.

7. Fallbeispiel: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten

Sie haben vor wenigen Monaten die allgemeinmedizinische Praxis eines nicht mehr praktizierenden Berufskollegen übernommen. Ein Student, ehemaliger Patient Ihres Kollegen (Vorgängers), bittet Sie um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung einhergehend mit einer mittelmäßigen Toleranzentwicklung steigert. Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient lediglich einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe. Zudem wirke das Medikament bei ihm leicht stimmungsaufhellend. Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen. Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme

des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet. Der Patient hat das Medikament von Ihrem Kollegen regelmäßig verschrieben bekommen.

Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich. Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich. Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung.

8. Fallbeispiel: Privatpatient besteht auf einer nicht notwendigen Behandlung

Sie behandeln als psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut in Ihrer Privatpraxis lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten, da Sie trotz psychoanalytischer Therapieausbildung nicht kassenärztlich zugelassen sind. Da Sie die Praxis erst vor wenigen Monaten eröffnet haben, deckt die Auftragslage noch nicht Ihren finanziellen Bedarf. Ein Klient tritt an Sie mit der Bitte heran, dass Sie mit ihm eine Psychoanalyse beginnen. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er Sie nun um Hilfe und Anleitung bitte. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung nicht für die Therapie aufkommen.

Bisher hat Ihrem Eindruck nach noch keiner Ihrer Patienten Schaden an Ihren Interventionen genommen. Trotzdem klären Sie Ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen vorhersehbare Nebenwirkungen haben. Beispielsweise wird er sich als Klient durch die Konfrontation mit nicht bewussten und nicht selbstwertdienlichen Verhaltens- und Erlebnisweisen vermutlich subjektiv kränker fühlen als vorher. Zudem wird das Aufbrechen eingefahrener Muster, das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten und das In-Frage-Stellen gewohnter Beziehungen bei ihm wahrscheinlich zu einer Identitätsverunsicherung ungewissen Ausmaßes führen. Bisher von ihm verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und werden so Energie

aufbrauchen, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt; dies kann sich beispielsweise in Form von Stimmungsschwankungen oder vorübergehendem Versagen der Affekt- und Impulskontrolle bemerkbar machen. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf die Stabilität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern. Weiterhin bergen Psychoanalysen das Risiko unvorhersehbarer, unerwünschter Wirkungen, wie beispielsweise das unbeabsichtigte Setzen neuer Krankheitsursachen durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin. Durch die Übertragung der Verantwortung des Klienten für die Lösung seiner Probleme an den Therapeuten bzw. die Therapeutin können die Selbstheilungskräfte des Klienten untergraben werden. Zudem kann durch die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung des Analytikers bzw. der Analytikerin eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen. Zu guter Letzt führt die Analyse möglicherweise nicht zu dem von ihm gewünschten Ergebnis, was ihn in Bezug auf seine momentane Problematik hoffnungsloser machen könnte. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

9. Fallbeispiel: Missbrauch einer Klientin

Sie absolvieren zurzeit Ihre Therapieausbildung zum Psychotherapeuten / zur Psychotherapeutin. Eine 22-jährige Bekannte spricht Sie an, ob Sie nicht einen kompetenten Therapeuten kennen, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann. Sie empfehlen ihr einen Ihrer Ausbilder, da Sie ihn für die Problematik Ihrer Bekannten für besonders kompetent halten. Nach ein paar Monaten erfahren Sie von Ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei Ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihr und diesem Ausbilder zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei. Sie bittet Sie um Verschwiegenheit, da sie nicht möchte, dass Dritte von der Angelegenheit erfahren. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u.a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor. Auf Ihre Frage, ob Sie den Ausbilder diesbezüglich zur Rede stellen dürften, meint sie, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls Sie es für richtig halten. Laut Ihrer Bekannten, wisse der Therapeut bisher nichts von der Bekanntschaft zwischen ihnen beiden. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnten Sie zwar Ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch

eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt. Ihnen ist bekannt, dass das Verhalten Ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP**“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt und die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider gehandelt. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.

Da Sie in einem halben Jahr Ihre Abschlussprüfungen u.a. bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, wird sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auf Ihre Prüfungsergebnisse auswirken, es sei denn, Sie verbinden es mit der Drohung, den Vorfall der Berufsgenossenschaft zu melden.

* Deutsche Gesellschaft für Psychologie

** Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

10. Fallbeispiel: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington Patientin

Sie sind seit zwei Jahrzehnten Hausärztin/Hausarzt einer 67-jährigen Frau, die vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben ist. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf interindividuell zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit Demenz und dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten enden. Zu den ebenfalls fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhafte Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.

Der 32-jährige Sohn der verstorbenen Frau, ebenfalls Patient von Ihnen, hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, ist der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls Träger der

Krankheit. Nichtsdestotrotz hat seine Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen, obwohl sie von ärztlicher Seite darauf hingewiesen wurde, dass ihre Verwandtschaft mit Sicherheit Interesse an der Diagnose habe, da sie ebenfalls von der Krankheit betroffen sein könnte. Daher möchte ihr Sohn jetzt von Ihnen wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist. Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternchaft eine Rundumuntersuchung zu machen, bei der auch Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt Ihr Patient ab. Ihre Schweigepflicht gilt allerdings auch über den Tod hinaus. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

11. Fallbeispiel: Warteliste – Bevorzugung erfolgversprechender Patienten?

Sie führen als approbierte Psychotherapeutin / approbierter Psychotherapeut eine eigene Praxis. Sie haben soeben die Therapie eines Klienten abgeschlossen und haben nun wieder für eine weitere wöchentliche Therapiesitzung Zeit. Bei der nächsten Klientin auf Ihrer Warteliste wurde eine schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Wie Ihnen im Erstgespräch aufgefallen ist, zeigt die Klientin geringe Krankheitseinsicht und Compliance*. Dementsprechend ist die Prognose schlecht. Die Therapie wurde ihr aufgrund mehrerer Diebstahlsdelikte als Auflage vom Gericht erteilt. Bei Nicht-Nachkommen binnen sechs Monaten drohen ihr mindestens drei Monate Maßregelvollzug.

Als weitere Klientin steht auf Ihrer Warteliste eine offensichtlich depressive, alleinerziehende Mutter von 8-jährigen Zwillingen. Im Erstgespräch zeigte sie sich sehr an therapeutischen Gesprächen mit Ihnen interessiert und schilderte ihre starke psychische Belastung und zeitweilige Überforderung, sowie ihre Angst, der Mutterrolle nicht gerecht zu werden. Weil sich die Depressivität der Mutter negativ auf das Selbstbewusstsein und Verhalten der Kinder auswirkt, welches wiederum in der Schule bereits öfter zu Konflikten geführt hat, bat die Klientin um eine möglichst baldige Behandlung.

Da Sie die Praxis alleine führen, könnten Sie die Klientin ohne Probleme vorziehen. In dem Fall müsste die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung mindestens einen Monat

lang warten. Die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung wartet bisher eine Woche länger als die depressive Klientin. In dem Monat Wartezeit ist es durchaus möglich, dass sich die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung aufgrund störungsbedingt geringer Frustrationstoleranz entscheidet, keine Therapie zu machen.

*Compliance: Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft Vereinbarungen einzuhalten und Vorschlägen anzunehmen etc.

12. Fallbeispiel: Suizid nach falscher Behandlung

Sie absolvieren als „Psychotherapeut/in in Ausbildung“ ihre praktische Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik. Eine 19-jährige Patientin wird nach einem Suizidversuch zwangseingewiesen. Die Chefärztin der Station stellt im Erstkontakt in Ihrem Beisein innerhalb von fünf Minuten die Diagnose „Endogene Depression“, da die Klientin keinen Auslöser für ihre depressive Phase nennt. Zudem erläutert die Chefärztin, dass „so ein junges Ding“ sich doch nicht umbringe und ihre Krankheit mit Psychopharmaka gut zu therapieren sei. Im Einzelgespräch mit Ihnen stellt sich schnell heraus, dass die Klientin reaktiv depressiv und akut suizidal ist. Dieses Bild bestätigt sich für Sie in einem längeren Gespräch mit den Eltern. Nach zwei Wochen hält die Chefärztin die Patientin für gut auf die Antidepressiva eingestellt und entlässt sie, trotz Ihres sogar schriftlichen und vehementen Einspruchs und im Vorfeld geäußerter Zweifel an der Diagnose. Sie besitzen lediglich Entscheidungsbefugnis über den Inhalt der therapeutischen Gespräche, alle übrigen Entscheidungen trifft die Chefärztin. Einen Tag später suizidiert sich die Patientin – diesmal tödlich. Die Eltern der Klientin suchen Sie in der Klinik auf und fragen Sie, wie das passieren konnte. Falls Sie den Eltern von der Fehldiagnose und den Behandlungsfehlern durch die Chefärztin berichten, hätte das eventuell ein juristisches Nachspiel für die Chefärztin und die Klinik, was sicherlich mit einem Verlust an Ansehen und Reputation für die Chefärztin verbunden wäre. Zudem entstünde für die Klinik ein Imageschaden, allerdings würde weiteres Fehlverhalten der Chefärztin zumindest erschwert. Indirekt könnte sich Ihre Äußerung über das Fehlverhalten der Chefärztin auch negativ auf Ihre Tätigkeit als „Psychotherapeut/in in Ausbildung“ in dieser Klinik auswirken. Aus vergangenen, vergleichbaren Fällen wissen Sie, dass die Chefärztin stark dazu neigt, jegliche Schuld von sich zu weisen und andere des Fehlverhaltens zu beschuldigen. Daher ist anzunehmen, dass die Eltern über die tatsächlichen Vorgänge

getäuscht werden, falls Sie die Fehldiagnose und die Behandlungsfehler der Chefärztin verschweigen.

13. Fallbeispiel: Leihmutterschaft

Sie sind seit kurzer Zeit Oberärztin/Oberarzt einer Station der Frauenklinik und haben sich u.a. auf die Entnahme von Eizellen zur In-vitro-Fertilisation spezialisiert. Beim Durchsehen der Krankenakte einer 28-jährigen Patientin, deren Behandlung vor Ihrem Stellenantritt von einer Kollegin begonnen wurde, fällt Ihnen auf, dass der Patientin im Alter von 26 Jahren die Gebärmutter entnommen wurde. Daraufhin angesprochen erklärt Ihnen die Kollegin, dass sie die Patientin gut kenne, die Patientin und ihr Mann, mit dem sie schon acht Jahre verheiratet ist, sich seit langem Kinder wünschen, dann allerdings aufgrund eines Gebärmutterhalskrebses der Uterus entnommen werden musste und sie sich so entschlossen haben, ihr Kind durch eine Leihmutter in den Niederlanden austragen zu lassen. Mit der Chefärztin wurde schon alles abgesprochen. Auch ist bereits alles für den Eingriff und die Leihmutterschaft vorbereitet. Der weiteren Aussage der Kollegin entsprechend steht das Paar seit einem halben Jahr in persönlichem und freundschaftlichem Kontakt mit einer netten Leihmutter, die zusätzlich zu ihren eigenen drei Kindern schon sieben weitere Kinder von und für genetisch fremde Eltern ausgetragen hat, zu denen sie nach wie vor in Kontakt steht. Die Leihmutter ist nicht finanziell motiviert, sondern möchte Eltern helfen, denen ihr Kinderwunsch ansonsten verwehrt bliebe, und lässt sich daher lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung zahlen. Ihre Kollegin bittet Sie nun aufgrund Ihrer Erfahrung in der Eizellentnahme, den Eingriff an der Patientin vorzunehmen. Da die Leihmutterschaft in Deutschland und in der Schweiz verboten ist, wurde geplant, die Eizellen erst in den Niederlanden zu befruchten und der Leihmutter einzuspülen. Die Eizellentnahme an sich birgt ein geringes Risiko.

14. Fallbeispiel: Mangelnde Compliance* bei Schüler

Sie arbeiten in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie als Psychotherapeut. Unter anderem behandeln Sie einen 18-jährigen Berufsschüler ambulant. Seine Eltern finanzieren die Behandlung selber, da sie ihrem Sohn mit seinen Schwierigkeiten in der Schule helfen möchten. Sie bitten Sie auch um eine Einschätzung der Gründe für die schlechten schulischen Leistungen ihres Sohnes. Nach der entsprechenden Abklärung steht fest, dass

der Klient intellektuell in der Lage ist, den Schulabschluss zu schaffen, allerdings stellt sich nach acht Sitzungen im zweiwöchigen Intervall keine Verbesserung der schulischen Leistungen ein – der Berufsabschluss ist gefährdet, da in einem Monat die Abschlussprüfungen anstehen. Auf Nachfrage offenbart Ihnen der Klient, ihm sei die Schule egal, er komme nur zu Ihnen in die Behandlung, da er so von seinen Eltern in Ruhe gelassen werde und seinen Spaß haben könne.

Sie klären Ihren Klient darüber auf, dass Sie eine finanzielle Schädigung der Auftraggeber, also seiner Eltern, nur vermeiden können, wenn Sie die Behandlung beenden, sobald sich aller Voraussicht nach kein Behandlungserfolg mehr einstellen wird. Zudem kündigen Sie an, dass Sie vor einer potentiellen Beendigung der Behandlung mit seinen Eltern sprechen werden, um sie über Ihre Diagnostik, Einschätzung und Prognose zu informieren und die weitere Auftragslage mit ihnen zu besprechen. Der Klient äußert die Auffassung, dass Sie das aufgrund Ihrer Schweigepflicht nicht dürften, andernfalls hätten Sie ihn zu Behandlungsbeginn darüber aufklären müssen. Sie haben dem Klienten zwar zu Beginn der Behandlung den Wunsch seiner Eltern, über die Gründe seiner Schwierigkeiten aufgeklärt zu werden, mitgeteilt, allerdings nicht expliziert, dass Sie dem Wunsch auch nachkommen wollen. Offensichtlich hat er Ihnen nur aufgrund der Annahme, Sie seien zum Schweigen verpflichtet, von seiner mangelnden Motivation berichtet. Er bekundet, sich auch weiterhin nicht für die Schule engagieren zu wollen.

*Compliance: Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft Vereinbarungen einzuhalten und Vorschlägen anzunehmen etc.

- sie Spermien seines Sohnes einfriere, um seinem Sohn zu ermöglichen, später einmal eigene Kinder zu haben.
- Das Gewinnen und anschließende Einfrieren von Spermien durch Masturbation oder einen mikrochirurgischen Eingriff wären die einzigen Möglichkeiten für den Patienten, nach der Chemotherapie einmal eigene Kinder haben zu können.
- Die Spermien werden durch Masturbation oder einen mikrochirurgischen Eingriff gewonnen.
- Das Einfrieren von Spermien bei drohender Infertilität ist das übliche Verfahren.
- Der Patient kann sich momentan schlecht vorstellen jemals eine Familie zu gründen.
- Der Patient hat nichts gegen das Gewinnen von Spermien durch Masturbation und das Einfrieren selbiger einzuwenden.
- Schon die Existenz gewonnener Spermien könnte an sich oder durch Dritte (beispielsweise durch den Vater) Druck auf den Patienten ausüben, eigene Kinder zeugen zu lassen.

Bitte treffen Sie nun auf der Basis der gegebenen Informationen eine Entscheidung welche Handlungsalternative die Urologin mit welcher Sicherheit wählen sollte.

- Die Urologin sollte *in jedem Fall* Spermien des Patienten einfrieren.
- *relativ sicher*
- *eher*
- *möglicherweise*
- Eine Aussage dazu ist mir nicht möglich.
- *möglicherweise keine* ...
- *eher keine*
- *relativ sicher keine*
- Die Urologin sollte *in keinem Fall* Spermien des Patienten einfrieren.

Falls Sie „Eine Aussage dazu ist mir nicht möglich“ angekreuzt haben, geben Sie bitte an, ob Sie

- unentschieden sind,
- beide Optionen für gleichwertig halten,
- keine Meinung dazu haben,
- die Frage für unsinnig halten
- oder weiteres:..

Möchten Sie etwas anmerken?

Falls Sie Fragen für unverständlich halten oder Verbesserungsvorschläge machen möchten, wäre ich Ihnen dankbar, wenn Sie mir einen **Kommentar** notieren.

2. Zur Erinnerung: Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 73. An im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie sich häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr erinnern oder nachvollziehen. Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders einer Kollegin, die vor kurzem ein Kind bekommen hat. In der Arbeitsgruppe der Klientin besteht die einhellige Auffassung: „Man soll wenigstens ein Kind bekommen, selbst wenn man nicht für das Kind sorgen kann.“. Die Rolle des Vaters des Kindes und die Beziehung zu ihm ist dabei von untergeordneter Bedeutung. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin. Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Klientin bereut.

3. Zur Erinnerung: Zwangseinweisung eines psychotischen Patienten

Ein ärztlicher Psychotherapeut, Leiter der geschlossenen Abteilung einer Psychiatrie, wird von einer Frau bezüglich ihres inzwischen 20-jährigen Sohnes konsultiert. Über den Sohn ist ihm bekannt, dass er vor dreieinhalb Jahren nach seinem Realschulabschluss mit paranoiden Wahnideen, akustischen Halluzinationen und fehlender Krankheitseinsicht in die Psychiatrie zwangseingewiesen worden war und nach zwei Monaten psychotherapeutischer und psychopharmakologischer Behandlung ohne akute Symptome entlassen werden konnte. Die Mutter berichtet, dass ihr Sohn vor einem halben Jahr seine Ausbildung als Chemielaborant mit einer guten Note abgeschlossen habe, momentan allerdings nicht dazu zu bewegen sei, sich eine Arbeit zu suchen. Zudem habe er seine bisher regen sozialen Kontakte abgebrochen und gehe keinen Freizeitbeschäftigungen mehr nach, sondern halte sich meist in seinem Zimmer bei heruntergelassenen Rollläden auf. Sein Essen prüfe er misstrauisch und äußere bisweilen den Verdacht, es sei vergiftet. Er wirke häufig erregt, sein Denken sei unzusammenhängend, teilweise kaum nachvollziehbar. Ihr gegenüber verhalte er sich feindselig, zeitweilig auch körperlich aggressiv, in dem er sie wegstoße und gelegentlich sogar schlage. Auch seinen Bekannten gegenüber, die immer seltener vorbeischaue, verhalte er sich, laut seiner Mutter, zumindest verbal aggressiv. Seine zur Rückfallverhütung verordneten Medikamente habe er abgesetzt, da er sie, wie er behaupte, nicht mehr brauche.

Verschiedene Versuche der Mutter sowie sozialpsychiatrischer Dienste über zwei Monate hinweg, eine Behandlung auf freiwilliger Basis in die Wege zu leiten, sind gescheitert. Auch ist er nicht zu einem persönlichen Gespräch mit dem ärztlichen Psychotherapeuten bereit. Die Mutter berichtet gleichwohl, dass ihr Sohn die Zwangseinweisung vor dreieinhalb Jahren mit zunehmendem zeitlichen Abstand auch zunehmend positiver bewertet habe, trotzdem will er unter keinen Umständen noch einmal in eine Psychiatrie.

4. Zur Erinnerung: Mundpflege bei einem Patienten, der Widerstand leistet

Ein Patient auf der Intensivstation leidet an einer fortgeschrittenen Leukämie und ist bei einem aktuell schlechten Allgemeinzustand pflegebedürftig und nicht ansprechbar. Seine Mundschleimhaut ist entzündet und blutet immer wieder, da er die Mundpflege durch

Zubeißen unmöglich macht. Offensichtlich ist die Mundpflege für den Patienten schmerzhaft. Da alle bisherigen Maßnahmen (gutes Zureden, lokales Anästhetikum etc.) erfolglos geblieben sind, ordnet der zuständige Arzt an, dem Patienten vor der Mundpflege ein kurz wirkendes Narkotikum intravenös zu verabreichen, um die Mundpflege zu ermöglichen. Das Narkotikum hätte aller Voraussicht nach keine Nebenwirkungen. Die einzige Pflegekraft mit einer Weiterbildung in Anästhesiepflege hätte heute die erste Narkose zur Mundpflege mit Hilfe eines Kollegen durchzuführen, entnimmt sie dem Pflegeplan und wird ihr in der Morgenübergabe mitgeteilt. Der venöse Zugang ist aufgrund anderer medizinischer Interventionen schon gelegt. Die kurzzeitige Narkotisierung des Patienten würde dessen Autonomie und seinem Selbstbestimmungsrecht zuwiderlaufen. Die anderen Pflegenden auf der Station sind generell bemüht, sich das Vertrauen der Patienten zu erarbeiten, und vermeiden daher Handlungen, die die Autonomie der Patienten untergraben. Prinzipiell können Eingriffe ohne Einwilligung der Klienten das Vertrauen der Klienten in die Behandelnden mindern, ohne welches das Behandlungsverhältnis in anderen Fällen eventuell nicht zustande gekommen wäre. Um den mutmaßlichen Willen des Patienten zu bestimmen, wurden die Angehörigen bisher nicht befragt. Aufgrund des geringen gesundheitlichen Risikos für den Patienten wurde der gerichtlich eingesetzte Betreuer ebenfalls noch nicht befragt. Die dem Patienten verbleibende Lebenszeit wurde in der letzten Visite auf zwei bis drei Monate geschätzt. Ohne Mundhygiene würden sich die Entzündungen ausweiten und könnten, wenn auch recht unwahrscheinlich, einen Abszess bilden, der schlimmstenfalls zur Blutvergiftung und zum Tod des Patienten führen könnte. Aufgrund der hohen Dosis an Analgetika*, die dem Patienten verabreicht werden, kann schlecht abgeschätzt werden, ob und wie schmerzhaft die Entzündungen für den Patienten sind. Die Narkotisierung des Patienten ohne dessen Einwilligung könnte den Patienten allerdings im Nachhinein psychisch belasten. Eine Rücksprache mit dem behandelnden Arzt ist in den nächsten drei Tagen nicht möglich.

* Schmerzmittel

5. Zur Erinnerung: Sozialpädagogische Familienhilfe

Ein Psychologe arbeitet für das Jugendamt als sozialpädagogische Familienhilfe in der Familie G. aufgrund auffälligen Verhaltens der beiden neunjährigen Zwillinge. Bei der anfänglichen Klärung der Familienverhältnisse in einem Gespräch mit Frau G. alleine

eröffnet diese dem Psychologen, dass Herr G., von dem sie sich vor einem halben Jahr getrennt hat, nicht der Vater der Zwillinge sei, was sie ihrem Ex-Mann allerdings auf keinen Fall mitteilen möchte. Sie ist als alleinerziehende Mutter ohne Ausbildung auf die Alimente ihres Ex-Mannes angewiesen, die er – ihrer Überzeugung nach – nicht zahlen würde, falls er wüsste, dass er nicht der leibliche Vater der Zwillinge ist. Der leibliche Vater der Zwillinge könne ihr keinen Unterhalt für die Kinder zahlen, so Frau G. Die Alimente von Herrn G. ermöglichen es Frau G. beispielsweise, jedem Kind ein eigenes kleines Zimmer zur Verfügung zu stellen und den Zwillingen Nachhilfe zu finanzieren. Die Zwillinge besuchen Herrn G. regelmäßig am Wochenende, was den Zwillingen gut tut und für Frau G. eine Entlastung darstellt. Zudem werden die Besuche von Herrn G. gewünscht.

Im Gespräch mit dem Psychologen erwähnt Herr G., dass er vor kurzer Zeit eine besser bezahlte, jedoch mit einem höheren Gesundheitsrisiko verbundene Arbeit aufgenommen habe, da ihm sonst aufgrund der Unterhaltszahlungen nicht genug Geld übrig bliebe. In der Familie besteht aufgrund des an Kindswohlgefährdung grenzenden Erziehungsverhaltens der Mutter offensichtlicher Bedarf an Hilfe. Frau G.s Vertrauen in den Psychologen und die ihr vom Psychologen zugesicherte Schweigepflicht bildet eine gute Basis für weitere psychologische Intervention. Allerdings müsste der Psychologe über Frau G.s Betrug an ihrem Ex-Mann ihm und ihren Söhnen gegenüber fortdauernd schweigen, falls er die Hilfe weiterführen will. Darauf angesprochen teilt Frau G. dem Psychologen mit, dass sie eher auf seine Hilfe verzichten würde, als ihrem Ex-Mann die Wahrheit zu sagen.

6. Zur Erinnerung: Suizidaler Depressiver

Eine Psychotherapeutin ist in der geschlossenen Station einer Psychiatrie mit kirchlicher Trägerschaft und entsprechend christlichem Leitbild tätig und behandelt seit sechs Monaten einen 47-jährigen Patienten mit einer schweren Depression. Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt. Daher und aufgrund der Anamnese des Klienten wurde seine Verfassung in den letzten Visiten für stabil und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt. Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden. Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten, da er sein Leben nicht

mehr ertragen will. Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, ist Pharmakologin und schlägt vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort – gegebenenfalls mit ihrer Hilfe – suizidieren kann. Dem Patienten würde dadurch ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben. Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch die Verantwortung für den Suizid nicht komplett bei ihr läge. Die Kollegen des Psychotherapeuten und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid prinzipiell und auch in diesem speziellen Fall nicht. Allerdings wird die endgültige Entscheidung bezüglich der Ausgangsregelung der behandelnden Psychotherapeutin überlassen. Ihr wurde zugesichert, dass sich die Entscheidung nicht auf ihre Arbeitsplatzsicherheit auswirken wird.

7. Zur Erinnerung: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten

Eine Allgemeinmedizinerin hat vor wenigen Monaten die Praxis eines nicht mehr praktizierenden Berufskollegen übernommen. Ein Student, ehemaliger Patient des Kollegen (Vorgängers), bittet die Allgemeinmedizinerin um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung einhergehend mit einer mittelmäßigen Toleranzentwicklung steigert. Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient lediglich einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe. Zudem wirke das Medikament bei ihm leicht stimmungsaufhellend. Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen. Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet. Der Patient hat das Medikament vom Kollegen bzw. Vorgänger des Allgemeinmediziners regelmäßig verschrieben bekommen.

Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich. Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich. Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung.

8. Zur Erinnerung: Privatpatient besteht auf einer nicht notwendigen Behandlung

Eine psychologische Psychotherapeutin behandelt in ihrer Privatpraxis lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten, da sie trotz psychoanalytischer Therapieausbildung nicht kassenärztlich zugelassen ist. Da sie die Praxis erst vor wenigen Monaten eröffnet hat, deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf. Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung nicht für die Therapie aufkommen.

Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen. Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen vorhersehbare Nebenwirkungen haben. Beispielsweise wird er sich als Klient durch die Konfrontation mit nicht bewussten und nicht selbstwertdienlichen Verhaltens- und Erlebnisweisen vermutlich subjektiv kränker fühlen als vorher. Zudem wird das Aufbrechen eingefahrener Muster, das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten und das In-Frage-Stellen gewohnter Beziehungen bei ihm wahrscheinlich zu einer Identitätsverunsicherung ungewissen Ausmaßes führen. Bisher von ihm verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und werden so Energie aufbrauchen, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt; dies kann sich beispielsweise in Form von Stimmungsschwankungen oder vorübergehendem Versagen der Affekt- und Impulskontrolle bemerkbar machen. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf die Stabilität seiner zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern. Weiterhin bergen Psychoanalysen das Risiko unvorhersehbarer, unerwünschter Wirkungen, wie beispielsweise das unbeabsichtigte Setzen neuer Krankheitsursachen durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin. Durch die Übertragung der Verantwortung des Klienten für die Lösung seiner Probleme an den Therapeuten bzw. die Therapeutin können die Selbstheilungskräfte des Klienten untergraben werden. Zudem kann durch die vorbehaltlos

wertschätzende Zuwendung des Analytikers bzw. der Analytikerin eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen. Zu guter Letzt führt die Analyse möglicherweise nicht zu dem von ihm gewünschten Ergebnis, was ihn in Bezug auf seine momentane Problematik hoffnungsloser machen könnte. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

9. Zur Erinnerung: Missbrauch einer Klientin

Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann. Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält. Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihr und diesem Ausbilder zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei. Ihre Bekannte bittet sie um Verschwiegenheit, da sie nicht möchte, dass Dritte von der Angelegenheit erfahren. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u.a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor. Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder diesbezüglich zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte. Laut ihrer Bekannten, wisse der Therapeut bisher nichts von der Bekanntschaft zwischen ihnen beiden. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt. Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP***“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt und die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider

gehandelt. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.

Da die Psychotherapeutin in Ausbildung in einem halben Jahr ihre Abschlussprüfungen u.a. bei diesem Ausbilder absolvieren muss, wird sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auf ihre Prüfungsergebnisse auswirken, es sei denn, sie verbindet es mit der Drohung, den Vorfall der Berufsgenossenschaft zu melden.

* Deutsche Gesellschaft für Psychologie

** Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

10. Zur Erinnerung: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington Patientin

Ein Mediziner ist seit zwei Jahrzehnten Hausarzt einer 67-jährigen Frau, die vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben ist. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf interindividuell zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit Demenz und dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten enden. Zu den ebenfalls fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhafte Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.

Der 32-jährige Sohn der verstorbenen Frau, ebenfalls Patient des Mediziners, hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, ist der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls Träger der Krankheit. Nichtsdestotrotz hat seine Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen, obwohl sie von ärztlicher Seite darauf hingewiesen wurde, dass ihre Verwandtschaft mit Sicherheit Interesse an der Diagnose habe, da sie ebenfalls von der Krankheit betroffen sein könnte. Daher möchte ihr Sohn jetzt von seinem Hausarzt wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit

ist. Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine Rundumuntersuchung zu machen, bei der auch Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient ab. Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings auch über den Tod hinaus. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

11. Zur Erinnerung: Warteliste – Bevorzugung erfolversprechender Patienten?

Ein approbierter Psychotherapeut, tätig in eine eigene Praxis, hat soeben die Therapie eines Klienten abgeschlossen und hat nun wieder für eine weitere wöchentliche Therapiesitzung Zeit. Bei der nächsten Klientin auf seiner Warteliste wurde eine schwere Persönlichkeitsstörung diagnostiziert. Wie ihm im Erstgespräch aufgefallen ist, zeigt die Klientin geringe Krankheitseinsicht und Compliance*. Dementsprechend ist die Prognose schlecht. Die Therapie wurde ihr aufgrund mehrerer Diebstahlsdelikte als Auflage vom Gericht erteilt. Bei Nicht-Nachkommen binnen sechs Monaten drohen ihr mindestens drei Monate Maßregelvollzug.

Als weitere Klientin steht auf seiner Warteliste eine offensichtlich depressive, alleinerziehende Mutter von 8-jährigen Zwillingen. Im Erstgespräch zeigte sie sich sehr an therapeutischen Gesprächen mit dem Therapeuten interessiert und schilderte ihre starke psychische Belastung und zeitweilige Überforderung, sowie ihre Angst, der Mutterrolle nicht gerecht zu werden. Weil sich die Depressivität der Mutter negativ auf das Selbstbewusstsein und Verhalten der Kinder auswirkt, welches wiederum in der Schule bereits öfter zu Konflikten geführt hat, bat die Klientin um eine möglichst baldige Behandlung.

Da der Therapeut die Praxis alleine führt, könnte er die Klientin ohne Probleme vorziehen. In dem Fall müsste die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung mindestens einen Monat lang warten. Die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung wartet bisher eine Woche länger als die depressive Klientin. In dem Monat Wartezeit ist es durchaus möglich, dass sich die Klientin mit der Persönlichkeitsstörung aufgrund störungsbedingt geringer Frustrationstoleranz entscheidet, keine Therapie zu machen.

*Compliance: Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft Vereinbarungen einzuhalten und Vorschlägen anzunehmen etc.

12. Zur Erinnerung: Suizid nach falscher Behandlung

Eine 19-jährige Patientin wird nach einem Suizidversuch in eine psychiatrische Klinik zwangseingewiesen. Die Chefärztin der Station stellt im Erstkontakt im Beisein eines Psychotherapeuten in Ausbildung innerhalb von fünf Minuten die Diagnose „Endogene Depression“, da die Klientin keinen Auslöser für ihre depressive Phase nennt. Zudem erläutert die Chefärztin, dass „so ein junges Ding“ sich doch nicht umbringe und ihre Krankheit mit Psychopharmaka gut zu therapieren sei. Im Einzelgespräch mit dem Psychotherapeuten in Ausbildung stellt sich schnell heraus, dass die Klientin reaktiv depressiv und akut suizidal ist. Dieses Bild bestätigt sich für den Psychotherapeuten in Ausbildung in einem längeren Gespräch mit den Eltern. Nach zwei Wochen hält die Chefärztin die Patientin für gut auf die Antidepressiva eingestellt und entlässt sie, trotz des sogar schriftlichen und vehementen Einspruchs des Psychotherapeuten in Ausbildung und im Vorfeld geäußerter Zweifel an der Diagnose. Er besitzt lediglich Entscheidungsbefugnis über den Inhalt der therapeutischen Gespräche, alle übrigen Entscheidungen trifft die Chefärztin. Einen Tag später suizidiert sich die Patientin – diesmal tödlich. Die Eltern der Klientin suchen den Psychotherapeuten in Ausbildung in der Klinik auf und fragen ihn, wie das passieren konnte. Falls er den Eltern von der Fehldiagnose und den Behandlungsfehlern durch die Chefärztin berichten, hätte das eventuell ein juristisches Nachspiel für die Chefärztin und die Klinik, was sicherlich mit einem Verlust an Ansehen und Reputation für die Chefärztin verbunden wäre. Zudem entstünde für die Klinik ein Imageschaden, allerdings würde weiteres Fehlverhalten der Chefärztin zumindest erschwert. Indirekt könnte sich seine Äußerung über das Fehlverhalten der Chefärztin auch negativ auf seine Tätigkeit als „Psychotherapeut in Ausbildung“ in dieser Klinik auswirken. Aus vergangenen, vergleichbaren Fällen weiß er, dass die Chefärztin stark dazu neigt, jegliche Schuld von sich zu weisen und andere des Fehlverhaltens zu beschuldigen. Daher ist anzunehmen, dass die Eltern über die tatsächlichen Vorgänge getäuscht werden, falls der Psychotherapeut in Ausbildung die Fehldiagnose und die Behandlungsfehler der Chefärztin verschweigt.

13. Zur Erinnerung: Leihmutterchaft

Ein Mediziner ist seit kurzer Zeit Oberarzt einer Station der Frauenklinik und hat sich u.a. auf die Entnahme von Eizellen zur In-vitro-Fertilisation spezialisiert. Beim Durchsehen der

Krankenakte einer 28-jährigen Patientin, deren Behandlung vor seinem Stellenantritt von einer Kollegin begonnen wurde, fällt ihm auf, dass der Patientin im Alter von 26 Jahren die Gebärmutter entnommen wurde. Daraufhin angesprochen erklärt die Kollegin dem Oberarzt, dass sie die Patientin gut kenne, die Patientin und ihr Mann, mit dem sie schon acht Jahre verheiratet ist, sich seit langem Kinder wünschen, dann allerdings aufgrund eines Gebärmutterhalskrebses der Uterus entnommen werden musste und sie sich so entschlossen haben, ihr Kind durch eine Leihmutter in den Niederlanden austragen zu lassen. Mit der Chefärztin wurde schon alles abgesprochen. Auch ist bereits alles für den Eingriff und die Leihmutterschaft vorbereitet. Der weiteren Aussage der Kollegin entsprechend steht das Paar seit einem halben Jahr in persönlichem und freundschaftlichem Kontakt mit einer netten Leihmutter, die zusätzlich zu ihren eigenen drei Kindern schon sieben weitere Kinder von und für genetisch fremde Eltern ausgetragen hat, zu denen sie nach wie vor in Kontakt steht. Die Leihmutter ist nicht finanziell motiviert, sondern möchte Eltern helfen, denen ihr Kinderwunsch ansonsten verwehrt bliebe, und lässt sich daher lediglich eine angemessene Aufwandsentschädigung zahlen. Die Kollegin des Oberarztes bittet ihn nun aufgrund seiner Erfahrung in der Eizellentnahme, den Eingriff an der Patientin vorzunehmen. Da die Leihmutterschaft in Deutschland und in der Schweiz verboten ist, wurde geplant, die Eizellen erst in den Niederlanden zu befruchten und der Leihmutter einzuspülen. Die Eizellentnahme an sich birgt ein geringes Risiko.

14. Zur Erinnerung: Mangelnde Compliance* bei Schüler

Eine Psychotherapeutin behandelt in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie unter anderem einen 18-jährigen Berufsschüler ambulant. Seine Eltern finanzieren die Behandlung selber, da sie ihrem Sohn mit seinen Schwierigkeiten in der Schule helfen möchten. Sie bitten die Psychotherapeutin auch um eine Einschätzung der Gründe für die schlechten schulischen Leistungen ihres Sohnes. Nach der entsprechenden Abklärung steht fest, dass der Klient intellektuell in der Lage ist, den Schulabschluss zu schaffen, allerdings stellt sich nach acht Sitzungen im zweiwöchigen Intervall keine Verbesserung der schulischen Leistungen ein – der Berufsabschluss ist gefährdet, da in einem Monat die Abschlussprüfungen anstehen. Auf Nachfrage offenbart der Klient der Psychotherapeutin, ihm sei die Schule egal, er komme nur zu ihr in die Behandlung, da er so von seinen Eltern in Ruhe gelassen werde und seinen Spaß haben könne.

Die Psychotherapeutin klärt ihren Klient darüber auf, dass sie eine finanzielle Schädigung der Auftraggeber, also der Eltern des Klienten, nur vermeiden könne, wenn sie die Behandlung beende, sobald sich aller Voraussicht nach kein Behandlungserfolg mehr einstellen wird. Zudem kündigt die Therapeutin an, dass sie vor einer potentiellen Beendigung der Behandlung mit den Eltern des Klienten sprechen wird, um sie über ihre Diagnostik, Einschätzung und Prognose zu informieren und die weitere Auftragslage mit ihnen zu besprechen. Der Klient äußert die Auffassung, dass die Therapeutin das aufgrund ihrer Schweigepflicht nicht dürfe, andernfalls hätten sie ihn zu Behandlungsbeginn darüber informieren müssen. Die Therapeutin hat dem Klienten zwar zu Beginn der Behandlung den Wunsch seiner Eltern, über die Gründe seiner Schwierigkeiten aufgeklärt zu werden, mitgeteilt, allerdings nicht expliziert, dass sie dem Wunsch auch nachkommen will. Offensichtlich hat er der Therapeutin nur aufgrund der Annahme, sie sei zum Schweigen verpflichtet, von seiner mangelnden Motivation berichtet. Er bekundet, sich auch weiterhin nicht für die Schule engagieren zu wollen.

*Compliance: Kooperationsbereitschaft, Bereitschaft Vereinbarungen einzuhalten und Vorschlägen anzunehmen etc.

Anhang D

Zur Absicherung der prognostizierten Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen wurde ein Fragebogen entworfen, der die letzte Version der sechs Fallbeispiele enthielt und die Zuordnung der Informationen zu den Handlungsoptionen erhebt.

Fallbeispiel 1 (von 6): Leistungssteigerndes Medikament für Studenten

Eine Allgemeinmedizinerin hat vor wenigen Monaten die Praxis eines verstorbenen Berufskollegen übernommen. Ein Student, ehemaliger Patient des Kollegen, bittet die Allgemeinmedizinerin um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung einhergehend mit einer schleichenden Toleranzentwicklung bzw. Wirkungsabschwächung steigert. Der Patient hat das Medikament vom verstorbenen Kollegen der Allgemeinmedizinerin regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben bekommen. Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe. Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen. Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet.

Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich. Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich. Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung. Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren.

*Spricht die Information für oder gegen das Verschreiben?
Spricht die Information für oder gegen das Unterlassen?*

<i>Ver-</i>		<i>Unter-</i>	
<i>schrei-</i>		<i>lassen</i>	
<i>ben</i>		<i>für</i>	<i>ge-</i>
	<i>für</i>	<i>ge-</i>	<i>ge-</i>
	<i>gen</i>	<i>für</i>	<i>gen</i>

1. Ein Student bittet eine Allgemeinmedizinerin um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung steigert.
2. Die Steigerung der Gedächtnisleistung durch das Medikament geht mit einer schleichenden Toleranzentwicklung bzw. Wirkungsabschwächung einher.
3. Der verstorbene Berufskollege, dessen Praxis die Allgemeinmedizinerin vor wenigen Monaten übernommen hat, hat dem Studenten das Medikament regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung, wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fallbeispiel 2 (von 6): Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen. Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu

müssen. Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.

Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Klientin bereut.

	<i>Über-</i>		<i>Unter-</i>	
	<i>reden</i>		<i>lassen</i>	
<i>Spricht die Information für oder gegen das Überreden?</i>	<i>für</i>	<i>ge-</i>	<i>für</i>	<i>ge-</i>
<i>Spricht die Information für oder gegen das Unterlassen?</i>		<i>gen</i>		<i>gen</i>
1. Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie Ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Die Klientin würde die Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fallbeispiel 3 (von 6): Suizidaler Depressiver

Eine Psychotherapeutin ist in der geschlossenen Station einer Psychiatrie mit kirchlicher Trägerschaft und entsprechend christlichem Leitbild tätig und behandelt seit sechs Monaten einen 47-jährigen Patienten mit einer schweren Depression. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt. Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an. Daher und aufgrund der Anamnese des Klienten wurde seine Verfassung in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt. Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden. Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten, da er sein Leben nicht mehr ertragen will. Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt der Psychotherapeutin im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er

sich dort suizidieren kann. Dem Patienten würde dadurch ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben. Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen. Obwohl die Plätze in der Psychiatrie die Nachfrage nicht decken können, befürworten die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht. Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden. Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.

Spricht die Information für oder gegen die Ausgangsveränderung? Spricht die Information für oder gegen das Unterlassen?	<i>Ausgangs- verände- rung</i>		<i>Unter- lassen</i>	
	<i>für</i>	<i>ge- gen</i>	<i>für</i>	<i>ge- gen</i>
1. Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Die Psychotherapeutin behandelt den 47-jährigen Patienten seit sechs Monaten. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Seine Verfassung wurde in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Er will sein Leben nicht mehr ertragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt der Psychotherapeutin im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Dem Patienten würde ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Psychotherapeutin vermeiden ließen.
11. Die Plätze in der Psychiatrie können die Nachfrage nicht decken.
12. Die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht.
13. Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden.
14. Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.

Fallbeispiel 4 (von 6): Privatpatient bittet um Psychoanalyse

Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf. Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.

Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen. Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben. Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor. Zudem können das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen. Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern. Durch die Hilfe zum Erreichen

seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen. Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

	<i>Therapie</i>		<i>Unter-</i> <i>lassen</i>	
	<i>für</i>	<i>ge-</i> <i>gen</i>	<i>für</i>	<i>ge-</i> <i>gen</i>
<i>Spricht die Information für oder gegen den Beginn der Therapie?</i>				
<i>Spricht die Information für oder gegen das Unterlassen?</i>				
1. Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Zudem können das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken –	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern.

13. Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen.
14. Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte.
15. Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.

Fallbeispiel 5 (von 6): Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin

Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann. Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält. Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihr und diesem Ausbilder zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u. a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor. Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder diesbezüglich zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte. Laut ihrer Bekannten, wisse der Therapeut bisher nichts von der Bekanntschaft zwischen ihnen beiden. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt. Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP***“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt und die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der

Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider gehandelt. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.

Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.

* Deutsche Gesellschaft für Psychologie

** Bundesverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen

<i>Spricht die Information für oder gegen das Ansprechen?</i>	<i>An- sprech- en</i>		<i>Unter- lassen</i>	
	<i>für</i>	<i>ge- gen</i>	<i>für</i>	<i>ge- gen</i>
1. Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihnen zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u. a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder daraufhin zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Laut ihrer Bekannten wisse der Therapeut bisher nicht von der Bekanntschaft zwischen ihnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs* und des BDP**“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat.
10. Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt.
11. Der Ausbilder hat die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen.
12. Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwider gehandelt.
13. Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.
14. Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.

Fallbeispiel 6 (von 6): Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin

Ein Mediziner ist seit zwei Jahrzehnten Hausarzt einer 67-jährigen Frau, die vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben ist. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden. Zu den ebenfalls fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhaft Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.

Der 32-jährige Sohn der verstorbenen Frau, ebenfalls Patient des Mediziners, hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit. Nichtsdestotrotz hat seine Mutter niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen, obwohl sie von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen wurde. Daher möchte ihr Sohn jetzt von seinem Hausarzt wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist. Er und seine Frau möchten in

naher Zukunft Kinder haben. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab. Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

<i>Spricht die Information für oder gegen das Aufklären?</i>	<i>Aufklären</i>		<i>Unterlassen</i>	
	<i>für</i>	<i>gegen</i>	<i>für</i>	<i>gegen</i>
1. Die 67-jährige Mutter des Patienten ist vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Zu den fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhaft Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Der 32-jährige Patient hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seine Mutter hat niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sie wurde von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

„Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab.

13. Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus.

14. Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.

Anhang E

Im Folgenden wird die prognostizierte Zuordnung der Items zu den Handlungsoptionen erläutert.

Die hier vorgenommene Kategorisierung der Items stellt keine normative Zuordnung der Informationen zu den Handlungsoptionen dar, sondern sind Prognosen auf Basis des gesunden Menschenverstandes darüber, wie die Probanden die Informationen vermutlich valenzieren respektive welche Items in ihrer Bedeutung für die Probanden ähnlich erscheinen. Die Begründung erfolgt hauptsächlich anhand der dominierenden und ausschlaggebenden Aspekte der Informationen.

Die möglichen Wertungen der Items sind:

1a – Das Item spricht für das Durchführen der Handlung.

1b – Das Item spricht gegen das Unterlassen.

2a – Das Item spricht für das Unterlassen.

2b – Das Item spricht gegen das Durchführen der Handlung.

Die Kategorisierung der Items wird in der Art vorgenommen, dass Informationen, die Positives implizieren oder prognostizieren, als Argument für entsprechende Handlungsoption gewertet werden. Informationen, die darauf hindeuten, dass Nachteile beim Durchführen der Handlung respektive ihrer Unterlassung hingenommen werden müssten, werden als Argumente gegen die Handlung bzw. das Unterlassen beurteilt. Wie in Voruntersuchungen festgestellt wurde, werden die Wertungen 1a und 1b genauso wie 2a und 2b als zusammengehörig wahrgenommen. Dementsprechend führen Items der Kategorien 1a und 1b zur Bevorzugung der Durchführung der Handlung und die Items der Kategorien 2a und 2b zur Bevorzugung der Inaktivität.

1a	1b		
----	----	--	--

Sprechen für die Durchführung der Handlung.

		2a	2b
--	--	----	----

Sprechen für die Inaktivität

Fallbeispiel 1: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind das Verschreiben des Medikaments oder das Unterlassen.

1. Item: „Ein Student bittet eine Allgemeinmedizinerin um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung steigert.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Verschreiben des Medikaments gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Anzunehmen ist bei diesem Item, dass sowohl der Wunsch des Patienten als auch die Wirkung des erbetenen Medikaments im Vordergrund stehen. Da der Patient Student ist, sollte von Entscheidungsfähigkeit ausgegangen werden können, womit es sich um einen autonomen Wunsch handelt, dem durch das Verschreiben entsprochen würde. Zudem wird die Gedächtnisleistungssteigerung vermutlich im Allgemeinen positiv bewertet. Daher wird hier angenommen, dass dieses Item als für das Verschreiben des Medikaments sprechend wahrgenommen wird.

2. Item: „Die Steigerung der Gedächtnisleistung durch das Medikament geht mit einer schleichenden Toleranzentwicklung bzw. Wirkungsabschwächung einher.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Verschreiben des Medikaments gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Die Gedächtnisleistungssteigerung steht hier der Toleranzentwicklung als negative Auswirkung entgegen. Da über die gesteigerte Gedächtnisleistung bereits im vorausgehenden Item informiert wurde, steht hier wahrscheinlich die Toleranzentwicklung im Aufmerksamkeitsfokus der Probanden. Es wird angenommen, dass die beschriebene Tachyphylaxie prinzipiell negativ valenziert wird, da sie eine Dosissteigerung zur Beibehaltung der Wirkungsstärke notwendig macht. Daher wird dieses Item vermutlich als Argument gegen das Verschreiben betrachtet.

3. Item: „Der verstorbene Berufskollege, dessen Praxis die Allgemeinmedizinerin vor wenigen Monaten übernommen hat, hat dem Studenten das Medikament regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Verschreiben des Medikaments gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Der Besitzstandswahrung würde es entsprechen, dem Klienten das Medikament weiterhin zu verschreiben. Da er das Medikament zwei Jahre lang in der besagten Praxis verschrieben bekommen hat, kann er zumindest guten Glaubens davon ausgehen, ihm stünde es (zumindest dort) auch weiterhin zu bzw. er habe das positive Recht, dass ihm das Medikament verschrieben würde. Daher wird hier davon ausgegangen, dass das Item als Argument für das Verschreiben erachtet wird.

4. Item: „Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen die Verordnung des Pharmazeutikums gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Prinzipiell könnte man bezüglich dieses Items davon ausgehen, dass die Beschreibung der autonomen Akzeptanz der Nebenwirkungen durch den Patienten argumentativ neutral sei. Allerdings wird hier vielmehr davon ausgegangen, dass durch die erwähnte Akzeptanz der negativen Nebenwirkungen durch den Patienten eher dessen Entscheidungsfähigkeit von den Probanden angezweifelt wird, da die Hinnahme neuropathologischer Störungen zumindest aus der Sicht der Probanden vermutlich nicht als Zeichen einer freien Willensentscheidung gewertet wird. Daher wird dieses Item tendenziell voraussichtlich eher als Argument gegen das Verschreiben des Medikaments valenziert.

5. Item: „Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Verschreiben des Medikaments gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Gleichgültig der Vorhersagbarkeit werden die in diesem Item genannten potenziellen Nebenwirkungen höchstwahrscheinlich als negativ bewertet. Demgemäß wird dieses Item vermutlich als Argument gegen das Verschreiben des Pharmazeutikums angesehen.

6. Item: „Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Verschreiben des Medikaments gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Im Gegensatz zum vorausgehenden Item steht hier nicht mehr hauptsächlich der Schaden des Patienten im Vordergrund, sondern potentieller Schaden unbeteiligter Dritter, welche dem Risiko wahrscheinlich, selbst wenn sie gefragt werden könnten, nicht

zustimmen würden. Ihre Interessen sind daher besonders zu berücksichtigen. Vermutlich wird daher dieses Item ebenfalls als Argument gegen das Verschreiben angesehen.

7. Item: „Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen der Verordnung des Medikaments gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Das Item drückt aus, dass dem Patienten Misserfolg droht, wenn ihm das Medikament verwehrt wird. Wahrscheinlich wird dieses Item daher als Argument gegen das Unterlassen gewertet.

8. Item: „Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich.“ Das Item wäre nicht in die Datenauswertung einbezogen worden.

--	--	--	--

Begründung: Die Wertung des Items lässt sich schwer prognostizieren. Die Möglichkeit der Prüfungswiederholung kann einerseits als positive Option bei Misserfolg aufgrund der unterlassenen Verschreibung angesehen werden. Andererseits müsste der Patient ein Semester Wartezeit auf sich nehmen, was durch das Verschreiben vermieden werden könnte. Dementsprechend wurde das Item nicht zugeordnet und wurde wie alle weiteren Items dieses Fallbeispiels von der weiteren Datenauswertung exkludiert (vgl. Abschnitt 4. 6.).

9. Item: „Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen die Verordnung des Medikaments gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Durch den Umstand, dass das Medikament wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung steht, kann grundlegend von einer Ungerechtigkeit ausgegangen werden, was hier als Argument gegen das Verschreiben vermutet wird. Zudem ist selbstverständlich das Bezahlen bzw. der Verlust von Geld ebenfalls negativ bewertet.

10. Item: „Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen die Verordnung des Medikaments gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Vermutlich wird allgemein hin angenommen, dass Ziel und Zweck universitärer Prüfungen die Gewähr der beruflichen Kompetenz der Absolventen ist. Da das exklusive Verordnen leistungssteigernder Medikamente an einzelne Studenten die Reliabilität der Prüfungsergebnisse gefährdete, wird hier angenommen, dass dieses Item als Argument gegen das Verschreiben des Medikaments gewertet wird. Ferner verschafft sich der betreffende Student einen ungerechtfertigten Vorteil gegenüber Mitbewerbern bei der postgraduellen Arbeitssuche.

Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind das Überreden der Klientin zur Sterilisation oder das Unterlassen.

1. Item: „Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Als vornehmliches Ziel der Einrichtung, in der die Psychologin arbeitet, wird in diesem Item die Vermittlung der Klienten an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung genannt. Da schwangere Frauen oder Mütter nicht gut vermittelbar sind, könnte das Item mittelbar als Argument für das Überreden zur Sterilisation angesehen werden. Da dies einerseits eine prinzipielle an- bzw. hingenommene Benachteiligung von Schwangeren oder Müttern impliziert und zudem der Sachverhalt allenfalls mittelbar für das Überreden spricht, wurde das Item nicht in die Datenauswertung einbezogen.

2. Item: „Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Überreden der Klientin zur Sterilisation gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Da aus diesem Item nicht geschlossen werden kann, ob das Anliegen des Vaters berechtigt bzw. die Sterilisation indiziert ist, kann die bloße Bitte, die hier wahrscheinlich im Aufmerksamkeitsfokus liegt, prinzipiell als Argument für das Überreden angenommen werden.

3. Item: „Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Durch die im Item genannten Sachverhalte werden die Kompetenzen der Klientin, für ein Kind zu sorgen als auch die Tragweite ihres Kinderwunsches abschätzen zu können, infrage gestellt. Daher wird dieses Item von den Probanden vermutlich als Argument gegen das Unterlassen des Überredens gewertet.

4. Item: „Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Überreden der Klientin zur Sterilisation gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Im Vordergrund steht hier vermutlich der Kinderwunsch der Klientin, dem die Überredung zur Sterilisation zuwiderläuft. Entsprechend wird hier angenommen, dass das Item als Argument gegen das Überreden gewertet wird. Zudem gefährdet das Überreden das gute Verhältnis zwischen der Klientin und der Psychologin.

5. Item: „Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Da das beschriebene Verhalten der Klientin nahelegt, dass ihr Kinderwunsch kaum wohlüberlegt ist, wird dieses Item wahrscheinlich als Argument gegen das Unterlassen angesehen.

6. Item: „Sexuelle Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item zeigt lediglich auf, dass eine Schwangerschaft der Klientin möglich ist, woraus sich zwar das Dilemma erst ergibt, jedoch keinesfalls ableiten lässt, dass sie zur Sterilisation überredet werden sollte. Daher wurde das Item nicht in die weitere Datenauswertung einbezogen.

7. Item: „Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Genauso wie das vorausgehende spricht dieses Item weder für noch gegen das Überreden, da es lediglich besagt, dass eine bestimmte weitere Handlungsoption nicht besteht.

8. Item: „Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Ein sich progredient verschlechterndes Mutter-Kind-Verhältnis wird im Allgemeinen mit Sicherheit nicht als erstrebenswert angesehen. Entsprechend wird das Item vermutlich als Argument gegen das Unterlassen gewertet, mit welchem andernfalls Nachteile für das potentielle Kind und die potentielle Mutter in Kauf genommen werden müssten.

9. Item: „Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Prinzipiell bieten sich bezüglich diesem Item mehre Interpretationsmöglichkeiten an. Dadurch, dass die Klientin bisher noch nicht bestritten

hat, dass sie selbst nicht für ein Kind sorgen könnte, wird die Validität dieser Aussage gestützt, allerdings ebenfalls die Zurechnungsfähigkeit der Klientin. Hier wird angenommen, dass der erste Aspekt für die Probanden im Vordergrund steht und daher das Item als Argument gegen das Unterlassen beurteilt wird.

10. Item: „Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Aus diesem Item lässt sich entnehmen, dass die Eltern der Klientin die Betreuung ihres potentiellen Enkelkinds nicht favorisieren würden. Entsprechend wird hier angenommen, dass das Item als Argument gegen das Unterlassen des Überredens angesehen wird, da die zusätzliche Belastung der Eltern mit dem Unterlassen hingenommen werden müsste, wodurch sich eventuell ebenfalls das Verhältnis zu ihrer Tochter verschlechtern würde.

11. Item: „Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item weist wiederum lediglich auf die Inexistenz einer bestimmten Handlungsoption hin, woraus keine Wertung für die bestehenden Handlungsoptionen abgeleitet werden kann. Daher wurde das Item von der Datenauswertung ausgeschlossen.

12. Item: „Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Überredens der Klientin zur Sterilisation gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Die mögliche Notwendigkeit, das potentielle Kind zu dessen Schutz der Klientin zu entziehen, mit der anzunehmenden Belastung für die potentielle Mutter, falls eine Schwangerschaft zugelassen wird, spricht vermutlich im Allgemeinen gegen das Unterlassen des Überredungsversuches.

13. Item: „Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item legt nahe, warum der Überredungsversuch durch die Psychologin notwendig wäre, falls eine Sterilisation angestrebt wird. Da aus dem Item keine direkten Rückschlüsse auf die ethische Angemessenheit der Handlungsoptionen gezogen werden können, wird dieses Item nicht in die Datenwertung eingeschlossen.

14. Item: „Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Überredungsversuch gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Gleichgültig, wie gering das Risiko ist, wie selten die Nebenwirkungen sind und wie kurz der Aufenthalt im Krankenhaus ist, werden sie wahrscheinlich als negativ empfunden. Daher wird hier angenommen, dass dieses Item als Argument gegen das Überreden zur Sterilisation angesehen wird. Prinzipiell ist es selbstverständlich möglich, dass aufgrund der Verwendung der Adjektive „gering“, „kurz“ und „selten“ der Anker für die Bewertung in der Weise gesetzt wird, dass das Risiko, die Nebenwirkungen und der Krankenhausaufenthalt positiv erscheinen, falls die Sterilisation angestrebt wird und mit gravierenderen Nebenwirkungen gerechnet wurde (vgl. Tversky & Kahneman, 1974). Korrelieren sollte dieses Item trotzdem eher mit Items, die als Argument gegen das Überreden zur Sterilisation bzw. für das Unterlassen des Überredens zur Sterilisation angesehen werden.

15. Item: „Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Überreden der Klientin zur Sterilisation gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: In der Regel werden Ängste, wie sie in diesem Item beschrieben werden, als aversiv erlebt, daher ist anzunehmen, dass das Item als Argument gegen das Überreden zur Sterilisation gewertet wird. Zudem kann argumentiert werden, dass sie aus Gerechtigkeitsgründen, da sie schon mehrere Operationen während ihrer Kindheit

durchstehen musste, von weiteren, nicht zwangsläufig notwendigen Operationen verschont werden sollte.

16. Item: „Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt.“
Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Der Versuch der Überredung ergibt nur unter der Bedingung Sinn, dass sich voraussichtlich auch der Erfolg einstellt. Daher kann dieses Item eher als Voraussetzung für diese Handlungsoption ausgelegt werden, aus der allerdings nicht geschlossen werden kann, wie das Item respektive die Handlungsoptionen zu bewerten sind. Entsprechend wurde das Item nicht in die Datenauswertung mit einbezogen.

17. Item: „Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Überreden der Klientin zur Sterilisation gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: In der Regel wird vermutlich davon ausgegangen, dass zu Eingriffen in die körperliche Integrität eine autonome Zustimmung gegeben wird, dem das Überreden zur Sterilisation diesem Item zufolge zuwiderlaufen würde. Daher ist anzunehmen, dass das Item als Argument gegen das Überreden interpretiert wird.

18. Item: „Die Klientin würde die Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Überreden der Klientin zur Sterilisation gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Ebenfalls stellt wahrscheinlich die prognostizierte Reue der Klientin für die meisten Probanden ein Argument gegen das Überreden dar.

Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind die Ausgangsveränderung oder das Unterlassen.

1. Item: „Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen die Ausgangsveränderung des Patienten gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Anzunehmen ist, dass die besagte kirchliche Trägerschaft der Psychiatrie von den Probanden als Argument gegen die Ausgangsveränderung des suizidalen Patienten interpretiert wird, da der zugelassene Suizid nicht mit einem christlichen Leitbild konkordiert und damit nicht im Sinne der Träger sein sollte.

2. Item: „Die Psychotherapeutin behandelt den 47-jährigen Patienten seit sechs Monaten. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Dieses Item lässt die Wahrscheinlichkeit, dass dem Patienten geholfen werden kann, niedrig erscheinen, was das Fortbestehen seines Leidens impliziert. Entsprechend wird hier angenommen, dass im Allgemeinen dieses Item als Argument gegen das Unterlassen der Ausgangsveränderung angesehen wird, da dadurch Leid verlängert wird.

3. Item: „Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Noch stärker als das vorausgehende Item lässt dieses Item vermuten, dass das Leiden des Klienten fortbestehen wird, falls es nicht mit den Suizid beendet wird. Daher wird auch dieses Item als Argument gegen das Unterlassen der Ausgangsveränderung angenommen.

4. Item: „Seine Verfassung wurde in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Auch dieses Item weist auf das wahrscheinliche Fortbestehen des Leidens des Klienten hin und wird hier daher wie die vorausgehenden als Argument gegen das Unterlassen der Ausgangsveränderung angenommen.

5. Item: „Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden.“

Prognose: Das Item wird als Argument für den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

		2a	
--	--	----	--

Begründung: Die Bedeutung dieses Items läuft der der drei vorausgehenden entgegen. Durch dieses Item wird der Aufmerksamkeitsfokus der Probanden auf die (wenn auch geringe) Wahrscheinlichkeit der Spontanremission oder doch noch erfolgreichen Therapie gelenkt. Das Unterlassen der Ausgangsveränderung impliziert daher die geringe Chance auf ein selbst vom Klienten als lebenswert empfundenenes Leben. Somit wird hier vermutet, dass die Probanden dieses Item als Argument für das Unterlassen der Ausgangsveränderung des Klienten werten werden.

6. Item: „Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten.“

Prognose: Das Item wird als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Mit diesem Item erhalten die Probanden Informationen über die Intention des Patienten, sein Leben zu beenden. Unter der Annahme, dass es Menschen prinzipiell zusteht, über ihr Leben zu entscheiden, kann dieses Item als Argument für die Veränderung der Ausgangsregelung gewertet werden.

7. Item: „Er will sein Leben nicht mehr ertragen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: In diesem Item ist die Information impliziert, dass das Leben an sich für den Klienten eine Belastung darstellt, welche fortbesteht, falls ihm die Gelegenheit vorenthalten wird, sich zu suizidieren. Daher wird das Item vermutlich als Argument gegen

das Unterlassen der Ausgangsveränderung wahrgenommen. Ein weiterer Aspekt der Information ist, dass der Patient einen Willen bzw. einen Veränderungswunsch kundtut.

8. Item: „Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt der Psychotherapeutin im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren kann.“

Prognose: Das Item wird als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Das Item legt nahe, dass es im Sinne der Schwester sei, den Ausgang zu verändern und dadurch ihrem Bruder die Möglichkeit zu geben, sich zu suizidieren. Da zudem erwähnt wird, dass sie die einzige Angehörige ist und somit nicht der Wille weiterer Angehöriger beachtet werden muss, wird dieses Item wahrscheinlich als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

9. Item: „Dem Patienten würde ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben.“

Prognose: Das Item wird als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Die Wahrung der Privatsphäre und die Begleitung des Sterbens durch eine Angehörige werden vermutlich positiv bewertet und damit als Argument für die Veränderung der Ausgangsregelung.

10. Item: „Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen.“

Prognose: Das Item wird als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Die Vermeidung rechtlicher Konsequenzen kann ebenfalls als positiv gewertet werden, falls diese befürchtet werden. Dieses Item spricht entsprechend der angenommenen Auffassung der Probanden schwach für das Verändern der Ausgangsregelung.

11. Item: „Die Plätze in der Psychiatrie können die Nachfrage nicht decken.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen den Beibehalt der Ausgangsregelung bzw. für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a	1b		
----	----	--	--

Begründung: Dieses Item legt nahe, dass durch den Suizid des Patienten einer der knappen Psychiatrieplätze frei würde, was prinzipiell positiv gewertet werden kann. Im Falle, dass der Suizid des Patienten unterbunden wird, würde der Psychiatrieplatz weiterhin von ihm belegt und einem anderen potentiellen Patienten mit gegebenenfalls höheren Genesungschancen verwehrt. Einer fairen und sinnvollen Ressourcenallokation würde es somit entsprechen, den Patienten unabhängig seiner Suizidalität zu entlassen. Daher wird hier vermutet, dass dieses Item entweder als Argument für die Ausgangsveränderung oder gegen das Beibehalten der Ausgangsregelung gewertet wird.

12. Item: „Die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht.“

Prognose: Das Item wird als Argument für den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet.

		2a	
--	--	----	--

Begründung: Da Menschen im Allgemeinen bemüht sind, Konflikte konsensuell zu lösen (vgl. Schwinger, 1980), wird hier angenommen, dass dieses Item als Argument für den Beibehalt der Ausgangsregelung gewertet wird.

13. Item: „Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden.“
Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Es wird hier davon ausgegangen, dass die Probanden diese Information dahingehend interpretieren, dass durch die uninformierte Einwilligung kein echter Konsens zustande kommt und dadurch kein Argument für oder gegen das Beibehalten oder die Veränderung des Ausgangs besteht. Daher wurde das Item nicht in die Datenauswertung einbezogen.

14. Item: „Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausgangs suizidiert.“

Prognose: Das Item wird als Argument für die Ausgangsveränderung gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Für Probanden, die prinzipiell den Suizid befürworten, allerdings rechtliche Konsequenzen für die Schwester des Patienten befürchten, mag diese Information durch den Effekt der Ankerheuristik (vgl. Tversky & Kahneman, 1974) als Argument für die

Veränderung der Ausgangsregelung erscheinen. Probanden, die den Suizid nicht befürworten, sollten dieses Item weder als Argument für noch gegen eine der beiden Handlungsoptionen werten. Daher wird hier angenommen, dass das Item nur tendenziell als Argument für die Veränderung der Ausgangsregelung gewertet wird.

Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind das Beginnen der Psychoanalyse oder das Unterlassen.

1. Item: „Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Dieses Item impliziert, dass die Psychoanalytikerin an neuen Aufträgen interessiert sein sollte, um ihren finanziellen Bedarf decken zu können. Falls das Interesse als legitim erachtet wird, wird entsprechend das Item wahrscheinlich als Argument für das Durchführen der Psychoanalyse gewertet.

2. Item: „Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Die Bitte des Klienten an sich kann ebenfalls als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet werden, da in dem Item keine Gründe gegen das Beginnen genannt werden.

3. Item: „Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Dieses Item lässt verschiedene Interpretationen zu. Unter anderem kann von dem ereignisreichen Leben des Klienten darauf geschlossen werden, dass er vermutlich prinzipiell Herausforderungen sucht, eine stabile Persönlichkeit hat und entsprechenden

Nutzen aus der Psychoanalyse ziehen kann. Daher wird hier angenommen, dass das Item mittelbar für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet wird.

4. Item: „Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Die Möglichkeit, bei seinen Bemühungen zu höherer Selbsttranszendenz zu helfen, kann positiv valenziert werden, weshalb dieses Item vermutlich als für das Beginnen der Psychoanalyse sprechend gewertet wird. Seine Autonomie ist durch die Hilfe nicht gefährdet, da er sein Anliegen alleine nicht erreicht.

5. Item: „Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Falls das Beginnen der Psychoanalyse favorisiert wird, mag die in diesem Item enthaltene Information als Argument gewertet werden, die Psychoanalyse zu beginnen, da die notwendige Finanzierung zuvor eventuell als problematisch angesehen wurde und somit der vorab gesetzte Anker (vgl. Tversky & Kahneman, 1974) die Information über die sichergestellte und unproblematische Finanzierung in einem positiven Licht erscheinen lässt. Das Item wird entsprechend als schwaches Argument für das Durchführen der Psychoanalyse angenommen.

6. Item: „Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item beschreibt die potenzielle Realität unter der Bedingung zweier hypothetischer, kontrafaktischer Sachverhalte, woraus nur schlecht ein Argument für oder gegen eine der beiden Handlungsoptionen konstruiert werden kann. Daher wurde das Item von der Datenauswertung exkludiert.

7. Item: „Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Das Item erhöht die Wahrscheinlichkeit, mit der angenommen werden kann, dass durch die Psychoanalyse kein Schaden entsteht. Befürworter der Durchführung der Psychoanalyse mögen dies eventuell als Argument für die Durchführung der Psychoanalyse werten. Entsprechend wird hier vermutet, dass das Item durchschnittlich als schwach für das Durchführen der Psychoanalyse sprechend gewertet wird.

8. Item: „Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Die Aufklärung des Klienten ist zwar die Voraussetzung für die anschließende informierte Zustimmung des Klienten zu der psychologischen Intervention, spricht an sich allerdings weder für noch gegen das Beginnen oder das Unterlassen der Psychoanalyse. Daher wurde das Item nicht in die Datenauswertung mit eingeschlossen.

9. Item: „Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Es wird hier angenommen, dass der hedonistische Aspekt des Sich-Schlechter-Fühlens als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet wird.

10. Item: „Zudem können das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Ebenfalls wird hier vermutet, dass die in diesem Item beschriebene Identitätsverunsicherung als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet wird.

11. Item: „Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Die in diesem Item implizierte Leistungsfähigkeitsminderung aufgrund emotionaler bzw. kognitiver Auslastung wird vermutlich ebenfalls als Argument gegen das Durchführen der Psychoanalyse gewertet.

12. Item: „Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Dieses Item impliziert nicht nur potentiellen Schaden für den Klienten, sondern auch für nur mittelbar an der Psychoanalyse beteiligte Personen, über deren Zustimmung zur Intervention nichts bekannt ist. Ihre Anliegen werden womöglich als besonders schützenswert erachtet und somit das Item als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

13. Item: „Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Die in diesem Item beschriebene potentielle Dependenz des Klienten von der Analytikerin und damit einhergehende Reduktion seiner Autonomie wird vermutlich gleichfalls negativ und damit als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

14. Item: „Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Genauso wird hier vermutet, dass die mögliche Hoffnungslosigkeit des Klienten bei Nichterreichen seines Ziels als Argument gegen die Durchführung der Psychoanalyse gewertet wird.

15. Item: „Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Beginnen der Psychoanalyse gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Nach der Aufklärung erscheint der Klient den Probanden wahrscheinlich als entscheidungsfähig. Seine autonome und informierte Einwilligung in das Durchführen der Psychoanalyse wird vermutlich als Argument für eben diese gewertet.

Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind das Ansprechen des Missbrauchs oder das Unterlassen.

1. Item: „Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Items schildert den Sachverhalt, wie es zu der dilemmatischen Situation gekommen ist, woraus sich allerdings schwer ein Argument für oder gegen eine der beiden Handlungsoptionen konstruieren lässt.

2. Item: „Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Genauso dient dieses Item hauptsächlich der Konstruktion des Fallbeispiels. Aus ihm lässt sich ebenfalls nur schwer ein Argument für oder gegen eine der beiden Handlungsoptionen ableiten. Daher wurde es wie das vorausgehende von der Datenauswertung ausgenommen. Auf mittelbarem Weg kann selbstverständlich argumentiert werden, dass der durch die Empfehlung entstandene Schaden der Psychotherapeutin in Ausbildung anzulasten sei, vor allem da eine besonders vulnerable Person diesen Schaden erleiden muss. Daher ist es möglich, dass die Probanden diese Information als schwaches Argument für die Verpflichtung der Psychotherapeutin in

Ausbildung ansehen, den Schaden auszugleichen. Ob daraus allerdings resultiert, den Vorfall anzusprechen oder es zu unterlassen, kann nicht eindeutig prognostiziert werden.

3. Item: „Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihnen zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Als allgemeiner Konsens wird hier die Ablehnung sexueller Handlungen zwischen Therapeuten und Klienten angenommen. Zudem wird dem Therapeuten vermutlich die Verpflichtung zugeschrieben, dafür zu sorgen, dass es zu keinen sexuellen Handlungen kommt. Daher wird hier davon ausgegangen, dass dieses Item als Argument für das Ansprechen des Missbrauchs gewertet wird, eventuell um den Therapeuten erneut auf seine Pflicht hinzuweisen und so weiteren Schaden zu vermeiden.

4. Item: „Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Ansprechen des Missbrauchs gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Im Vordergrund steht bei diesem Item die Information über die (bedingt) autonome Handlung der Klientin, von der vermutet werden kann, dass sie zum Brechen der Norm durch den Therapeuten beigetragen hat. Es wird hier daher angenommen, dass zumindest ein Teil der Probanden dies als Entlastung der Verantwortlichkeit des Therapeuten ansehen, und somit das Item durchschnittlich als Argument gegen das Ansprechen gewertet wird.

5. Item: „Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u. a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Auch wenn der Bekannten durch das Ansprechen des Missbrauchs nicht mehr geholfen werden kann, mögen die Probanden dieses Item gegebenenfalls aus Gründen der retributiven Gerechtigkeit als Argument für das Ansprechen des Missbrauchs

werten. Mittelbare würde das Ansprechen der Bekannten helfen, falls der Therapeut zur Wiedergutmachung bewegt werden könnte.

6. Item: „Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder daraufhin zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Ansprechen gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Prinzipiell wurde das Item bewusst ambivalent konstruiert, da ein klare Präferenz der Bekannten für oder gegen das Ansprechen als ausschlaggebend für die Handlungsauswahl vermutet wurde und dadurch allen weiteren Informationen weniger Bedeutung zugesprochen und sie daher auch weniger Varianz aufklären würde.

Dementsprechend beinhaltet das Item zwei Aspekte des Ansprechens des Missbrauchsfalls. Zum einen, dass das Ansprechen der Bekannten nicht allzu angenehm wäre, zum anderen, dass sie es trotzdem akzeptieren würde. Hier wird angenommen, dass der letztere Aspekt geringfügig überwiegt, und dementsprechend das Item als schwacher Grund für das Ansprechen erachtet wird.

7. Item: „Laut ihrer Bekannten wisse der Therapeut bisher nicht von der Bekanntschaft zwischen ihnen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Ansprechen des Missbrauchs gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Zugunsten der Psychotherapeutin in Ausbildung könnten die Probanden geneigt sein, dieses Item als Argument gegen das Ansprechen des Missbrauchs zu werten, da dieses Item impliziert, dass es der Psychotherapeutin in Ausbildung bisher noch möglich wäre, sich aus Schwierigkeiten herauszuhalten und so Schaden für sich zu vermeiden. Vor allem da der Psychotherapeutin in Ausbildung keine Schuld zugeschrieben werden kann, da sie nach bestem Wissen gehandelt hat, wird das Wahre ihrer eigenen Interessen eventuell aus Gerechtigkeitsgründen als legitim erachtet.

8. Item: „Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Das Item beschreibt potenziellen Schaden, der entstehen könnte, falls des Ansprechens des Missbrauchs unterlassen wird. Daher wird hier angenommen, dass das Item als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet wird.

9. Item: „Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs und des BDP“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Zumindest in den „Ethischen Richtlinien der DGPs und des BDP“ wird als erster Schritt bei Bekanntwerden einer Handlung eines Kollegen gegen die Richtlinien das Kontaktieren und Ansprechen des Kollegen genannt. Das Ansprechen mag den Probanden eventuell als Möglichkeit erscheinen, dass dem Therapeuten die Erwartungen seiner Mitmenschen und damit sein moralisches Sollen erneut bewusst werden und dadurch weiterer Schaden vermieden wird. Entsprechend wird hier angenommen, dass das Item als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet wird. Zudem sollten dem Ausbilder die Richtlinien bekannt sein, ein Verbotsirrtum ist somit ausgeschlossen. Entsprechend war dem Ausbilder bewusst, dass seine Handlung nicht moralische geboten war.

10. Item: „Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Dieses Item weist auf den entstandenen Schaden und die egoistische Motivation des Ausbilders und seine mangelnde Integrität hin. Im Sinne der retributiven Gerechtigkeit kann dieses Item entsprechend als Grund angesehen werden, dem Ausbilder gegenüber die Missbilligung seiner Handlung auszusprechen. Mittelbar weist die Information auf Schaden hin, der durch den Ausbilder weiterhin entstehen kann, falls nicht interveniert wird.

11. Item: „Der Ausbilder hat die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Genauso wie das vorausgehende weist dieses Item auf den entstandenen Schaden und die mangelnde moralische Motivation des Therapeuten hin. Es wird angenommen, dass das Item aus ähnlichen Gründen wie bei den vorausgehenden Items als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet wird.

12. Item: „Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwidergehandelt.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Auch dieses Item kann im Sinne der retributiven Gerechtigkeit als Grund angesehen werden, dem Ausbilder gegenüber die Missbilligung seiner Handlung auszusprechen. Prinzipiell drückt es einen Sachverhalt aus, den der Therapeut nicht wollen kann, da er in seiner Funktion auf das Vertrauen der Klienten angewiesen ist, es allerdings durch den Missbrauch aktiv zerstört.

13. Item: „Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen des Ansprechens des Missbrauchs gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Dieses Item bringt zum Ausdruck, dass nicht nur die Patientin zu Schaden gekommen ist, sondern insgesamt die Reputation von Psychotherapeuten unter der beschriebenen Handlung gelitten hat. Wiederum scheint es aus der Perspektive der retributiven Gerechtigkeit angemessen, den Therapeuten zur Rede zu stellen. Zudem wird der Therapeut durch das Ansprechen eventuell zu restituiven Handlungen bewegt, die das Ansehen und die Integrität von Psychologen in der Öffentlichkeit wieder herstellen.

14. Item: „Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Ansprechen des Missbrauchs gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Diese Information macht das Interesse der Psychotherapeutin in Ausbildung deutlich, den Missbrauchsfall nicht anzusprechen, um keine schlechtere Benotung in Kauf nehmen zu müssen. Noch stärker als das siebte Item werten die Probanden dieses Item wahrscheinlich als Argument gegen das Ansprechen des Missbrauchs, da es zum Einen ein legitimes Eigeninteresse der Psychotherapeutin in Ausbildung darlegt, die sich nichts zu Schulden hat kommen lassen, und um zum Anderen eine gerechte Benotung zu gewährleisten.

Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin

Die zwei Handlungsoptionen in diesem Fallbeispiel sind das Aufklären des Patienten über die Diagnose der Mutter oder das Unterlassen.

1. Item: „Die 67-jährige Mutter des Patienten ist vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Faktum inklusive der Frage, ob der Klient aufgeklärt werden sollte, impliziert zwar die Grundzüge des bestehenden Dilemmas, trotzdem können aus diesem Item direkt keine Argumente für oder gegen das Aufklären oder Unterlassen abgeleitet werden. Daher wurde das Item nicht in die Datenauswertung mit einbezogen.

2. Item: „Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item informiert über die schwerwiegende Symptomatik von Chorea Huntington. Prinzipiell kann dies als Argument für das Aufklären gewertet werden, da der

Patient dadurch sein Leben autonomer planen könnte, allerdings kann dieses Item auch als Argument gegen das Aufklären gewertet werden, da das Wissen über die eigene Erkrankung mit der zu erwartenden schwerwiegenden Symptomatik als belastend erlebt werden kann. Daher wurde das Item nicht in die Datenauswertung einbezogen.

3. Item: „Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Die Begründung bezüglich der Prognose des vorausgehenden Items trifft ebenfalls auf dieses Item zu.

4. Item: „Zu den fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhaft Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Die Begründung bezüglich der Prognose des vorausgehenden Items trifft ebenfalls auf dieses Item zu.

5. Item: „Der 32-jährige Patient hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Im Sinne der restitutiven Gerechtigkeit kann dieses Item als Argument dafür betrachtet werden, dass der Sohn der verstorbenen Patientin durch die Pflege ein Recht daran erwirbt, über die Diagnose aufgeklärt zu werden. Andererseits kann ebenfalls argumentiert werden, dass der Sohn, da er durch die fürsorgliche Pflege Respekt vor seiner Mutter gezeigt hat, ebenfalls ihren Wunsch respektieren sollte, dass sie niemanden ihre Diagnose wissen lassen wollte. Daher wurde das Item von der Datenauswertung ausgeschlossen.

6. Item: „Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Bei diesem Item steht wahrscheinlich die potenzielle Betroffenheit des Klienten von der Krankheit im Aufmerksamkeitsfokus der Probanden, aus der das Recht auf Information über seine mögliche Erkrankung abgeleitet werden kann, entsprechend wird das Item vermutlich als Argument für das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

7. Item: „Seine Mutter hat niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter bzw. für das Verschweigen gewertet.

		2a	2b
--	--	----	----

Begründung: Diesem Item entsprechend entspräche es dem Willen der Mutter, die Diagnose zu verschweigen. Zudem wäre das Preisgeben der Diagnose konträr zum Willen der Mutter. Daher wird das Item vermutlich als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter und für das Verschweigen gewertet.

8. Item: „Sie wurde von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter bzw. für das Verschweigen gewertet.

		2a	2b
--	--	----	----

Begründung: Dass die Mutter trotz dieses Hinweises ihrem Sohn ihre Diagnose verschwiegen, kann als Beleg für die Dringlichkeit ihres Wunsches angesehen werden. Wie das vorausgehende wird dieses Item vermutlich ebenfalls als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter und für das Verschweigen gewertet.

9. Item: „Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: Ohne weitere Informationen kann der in diesem Item beschriebene Wunsch des Sohnes als Argument für das Mitteilen der Diagnose angenommen werden.

10. Item: „Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist.“

Prognose: Das Item wird als Argument für das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

1a			
----	--	--	--

Begründung: In diesem Item wird das konkrete Anliegen des Patienten beschrieben, welches ohne weitere Informationen ebenfalls als Argument für das Mitteilen der Diagnose angenommen werden kann.

11. Item: „Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Unterlassen der Aufklärung des Patienten gewertet.

	1b		
--	----	--	--

Begründung: Da die potentiellen Kinder eventuell ein Leben mit Chorea Huntington nicht als lebenswert erleben, wird dieses Item vermutlich als Argument gegen das Verschweigen gewertet, damit der Patient seinen Kinderwunsch überdenken und so Schaden vermeiden kann.

12. Item: „Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab.“

Das Item wurde nicht in die Datenauswertung einbezogen.

--	--	--	--

Begründung: Dieses Item beschreibt wiederum hauptsächlich die Inexistenz einer bestimmten Handlungsmöglichkeit, woraus kein Argument für oder gegen das Aufklären über die oder das Verschweigen der Diagnose abgeleitet werden kann.

13. Item: „Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Da der Arzt mit dem Aufklären des Patienten eine Rechtswidrigkeit beginge, wird diese Information vermutlich als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

14. Item: „Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.“

Prognose: Das Item wird als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

			2b
--	--	--	----

Begründung: Dieses Item impliziert, dass durch das Aufklären des Patienten kaum Vorteile für ihn entstünden. Das Wissen über die eigene Erkrankung an sich ist prinzipiell eher aversiv. Besser lebt sich mit der Illusion, gesund zu sein. Der Vorteil, weshalb in der Regel der Diagnosestellung zugestimmt wird, nämlich dass eine Krankheit frühzeitig behandelt und so Leid reduziert wird, trifft in diesem Fall nicht zu. Es bleibt vorwiegend das aversive Wissen über die Erkrankung und diesbezügliche Hilflosigkeit. Entsprechend wird dieses Item vermutlich als Argument gegen das Aufklären des Patienten über die Diagnose seiner Mutter gewertet.

Anhang F

Im Folgenden wird die beachtete und verwendete Literatur bei der Konstruktion der Fallbeispiele benannt.

Zur Konstruktion geeigneter Dilemmata wurde in der Literatur nach Fallbeispielen recherchiert. Beachtet wurde unter anderem Fallbeispiele von Höger, Reiter-Theil, Reiter, Derichs, Kastner-Voigt und Schulz (1997) zu kinder- und jugendpsychiatrischen Problemen, von Reiter-Theil und Medau (2009) sowie Reimer (1997) zum Umgang mit den eigenen Grenzen des Therapierenden, von Reiter-Theil und Fahr (2005b) zur Autonomie versus Fairness, von Reiter-Theil (2006, 2007) zur künstlichen Ernährung, zur passiven Sterbehilfe, von Eich, Reiter und Reiter-Theil (1997) zur Kindeswohlgefährdung durch Eltern, von Reiter-Theil und Fahr (2005b) zu problematischen Forschungsmethoden, von Riedler-Singer (2005) und Ponesicky (2003) zu Behandlungsfehlern und von Kurth (2004) zu problematischen Beziehungen zwischen Klienten und Therapierenden. Zudem wurden diverse Fallbeispiele und Ausführungen von Bartels, Parker, Hope und Reiter-Theil (2005), Eich (1994), Beers (1941), Fennig, Barak, Fennig, Benyakar, Farina, Blum und Treves, I. (2000), Reimer (2000), Pope und Vetter (1992), Traute (2007), Fennig, Secker, Treves, Yakar, Farina, Roe, Levkovitz und Fennig (2005) zu unterschiedlichen Themen sowie von Albisser-Schleger, Pargger und Reiter-Theil (2008) zur Therapiebegrenzung am Lebensende beachtet.

Das erste Fallbeispiel „Leistungssteigerndes Medikament für Studenten“ der endgültigen Version des Fragebogens ist größtenteils fiktiv. Bei der Konstruktion wurde unter anderem ein Fallbeispiel von Reiter-Theil und Medau (2009) zum Umgang mit fremdgefährdenden Patienten berücksichtigt.

Das zweite Fallbeispiel „Sterilisation einer geistig behinderten Frau“ ist eine modifizierte Version aus dem „Fallbeispiel: Ethische Probleme der Sterilisation einer geistig behinderten Frau“ (Reiter-Theil, 1998b, S. 29). Zudem wurden die Artikel von Engelhardt (1991), Smolka, Klimitz, Scheuring und Fährdrich (1997) sowie Steinert, Hinüber, Arenz, Röttgers, Biller und Gebhardt (2001) zur Autonomie und zu Zwangsmaßnahmen zur Inspiration genutzt.

Das dritte Fallbeispiel „Suizidaler Depressiver“ beruht im Wesentlichen auf einem Fall, den der Autor 1997 erlebt hat. Zudem beeinflusste die Literatur von Frei, Hoffmann-Richter, Bullinger und Finzen (1997), Fuchs und Lauter (1997), Strnad, Grosjean, Schüpbach und Bahro (1999), Frei, Schenker, Finzen und Hoffmann-Richter (1999), Reimer (2003) Karger, Haupt, (1997) sowie Itzel (2000) zu begleitetem Suizid, Tötung auf Verlangen respektive aktiver Sterbehilfe u. a. bei psychischen Störungen die Konstruktion

des Fallbeispiels. Ferner wurde der Text von Arolt, Dilling und Reimer (2004) und Böttger-Kessler und Beine (2007) beachtet.

Das vierte Fallbeispiel „Privatpatient bittet um Psychoanalyse“ ist von Reimer (1997) inspiriert. Die Argumente gegen die Durchführung der Psychoanalyse sind aus Fäh (2002) entnommen. Zudem wurden die Ausführungen von Helmchen (1998) Margraf und Schneider (2002) sowie Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) beachtet.

Das fünfte Fallbeispiel „Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin“ ist weitgehend fiktiv konstruiert worden, stützt sich allerdings in manchen Aspekten auf ein Fallbeispiel von Reiter-Theil und Medau (2009) zum Konflikt zwischen Schweigepflicht, Respekt vor der Autonomie der Patientin und dem Verdacht auf sexuellen Missbrauch sowie auf das Fallbeispiel zum sexuellen Missbrauch einer Klientin durch ihren Therapeuten von Traute (2008). Weiterhin wurden Fallbeispiele von Reimer (1997) und Reimer (1991) zum Missbrauch von Klienten beachtet. Ferner waren die Ausführungen von Arolt, Dilling und Reimer (2004), Rüger (2003) Wood, Klein, Cross, Lammers und Elliot (1985), Reiter-Theil (1993) sowie Bormann (1994) hilfreich.

Zur Konstruktion des sechsten Fallbeispiels „Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin“ wurden die Ausführungen von Retzlaff, Henningsen, Spranger, Janssen und Spranger (2001) sowie Arolt, Dilling und Reimer (2004) hinzugezogen. Weitere hilfreiche Fallbeispiele zur Schweigepflicht und Verschwiegenheit stammen von Dalen (2006), Eich und Reiter-Theil (2002) sowie Reiter-Theil und Fahr (2005b). Ferner wurden bei der Konstruktion des sechsten Fallbeispiels die Ausführungen von Parzeller, Wenk und Rothschild (2005) Lang (2007) sowie Arolt, Dilling und Reimer (2004) beachtet.

Anhang G

Auf den folgenden Seiten werden einige Ergebnisse und Voraussetzungsprüfungen der verwendeten statistischen Verfahren abgebildet.

G 1 Tabelle der Variablennamen und -labels

Um die Größe der folgenden Tabellen zu reduzieren und ihre Übersichtlichkeit zu erhöhen, werden die Items nicht in volle Länge ausgeschrieben sondern lediglich die Variablennamen angegeben. Die zugehörigen Variablenlabels können aus der folgenden Tabelle entnommen werden.

Tabelle 5:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der deskriptiven Aussagen über die eigenen Entscheidungen in den sechs Fallbeispielen

Variablennamen der

Rohdaten trans-
 formierten
 Daten

Variablenlabel

Fallbeispiel 1: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten (Proband als Protagonist)		
LM EE	LM_TEE	Ich würde dem Patienten in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall das Medikament verschreiben
Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau (Proband als Protagonist)		
SGB EE	SGBTEE	Ich würde in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen
Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver (Proband als Protagonist)		
SD EE	SD_TEE	Ich würde in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen
Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse (Proband als Protagonist)		
PP EE	PP_TEE	Ich würde in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen
Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin (Proband als Protagonist)		
MB EE	MB_TEE	Ich würde meinen Ausbilder in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall bezüglich dieses Vorfalls zur Rede stellen
Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin (Proband als Protagonist)		
CH EE	CH_TEE	Ich würde dem Patienten in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall die Diagnose seiner Mutter mitteilen

Tabelle 6:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum ersten Fallbeispiel

Variablennamen der Rohdaten	trans-formierten Daten	Variablenlabel
Fallbeispiel 1: Leistungssteigerndes Medikament für Studenten (dritte Person als Protagonist)		
LM 1	LM_T01	Ein Student bittet eine Allgemeinmedizinerin um ein Rezept für ein verschreibungspflichtiges Medikament, welches die Gedächtnisleistung steigert.
LM 2	LM_T02	Die Steigerung der Gedächtnisleistung durch das Medikament geht mit einer schleichenden Toleranzentwicklung bzw. Wirkungsabschwächung einher.
LM 3	LM_T03	Der verstorbene Berufskollege, dessen Praxis die Allgemeinmedizinerin vor wenigen Monaten übernommen hat, hat dem Studenten das Medikament regelmäßig seit zwei Jahren verschrieben.
LM 4	LM_T04	Nach den bei ihm bisher aufgetretenen Nebenwirkungen befragt, gibt der Patient einen leichten Ruhetremor in den Händen an, an den er sich allerdings schon gewöhnt habe.
LM 5	LM_T05	Weitere bekannte Nebenwirkungen des Medikaments sind schwer vorhersagbare Leberfunktionsstörungen.
LM 6	LM_T06	Außerdem wurden nach mehrjähriger Einnahme des Medikaments bei manchen Patienten Gewaltausbrüche beobachtet.
LM 7	LM_T07	Aufgrund der Gewöhnung infolge der bisherigen Einnahme und der damit einhergehenden Wirkungsabschwächung wäre dem Patienten bei den anstehenden Prüfungen ohne das Medikament noch nicht einmal eine normale Leistung möglich.
LM 8	LM_T08	Eine Prüfungswiederholung wäre dem Patienten in einem Semester möglich.
LM 9	LM_T09	Das Medikament ist recht teuer und steht daher wirtschaftlich schlechter gestellten Studenten nicht zur Verfügung.
LM 10	LM_T10	Zudem ist die Steigerung der Gedächtnisleistung nicht dauerhaft, somit würde des Patienten besseres Prüfungsergebnis – im Vergleich zu seinen Kommilitonen – keine bessere berufliche Leistung garantieren.
LM EA	LM_TEA	Allgemeinmedizinerin sollte dem Patienten in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall das Medikament verschreiben.

Tabelle 7:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum zweiten Fallbeispiel

Variablennamen der Rohdaten	trans-formierten Daten	Variablenlabel
Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau (dritte Person als Protagonist)		
SGB 1		Eine Psychologin arbeitet in einer Einrichtung, in der geistig behinderte Menschen an das Arbeitsleben herangeführt werden, um sie anschließend an Arbeitsplätze außerhalb der Einrichtung zu vermitteln.
SGB 2	SGBT02	Der Vater einer 24-jährigen Klientin wendet sich mit der Bitte an die Psychologin, ihm zu helfen, seine Tochter zu einer Sterilisation zu überreden.
SGB 3	SGBT03	Aufgrund eines Geburtstraumas liegt ihr Intelligenzquotient bei 71. Im Gespräch aufgenommene und verstandene Zusammenhänge kann sie häufig bereits am folgenden Tag nicht mehr nachvollziehen.

SGB 4	SGBT04	Die Psychologin steht in sehr gutem Kontakt zu der Klientin und weiß daher, dass sich die Klientin seit einiger Zeit ein Kind wünscht.
SGB 5	SGBT05	Dabei orientiert sich die Klientin stark an ihren Mitarbeiterinnen und versucht, diesen nachzueifern, besonders zwei Kolleginnen, die bereits Kinder haben.
SGB 6	SGBT06	Kontakte sind in der Lebenssituation der Klientin durchaus wahrscheinlich.
SGB 7	SGBT07	Andere Empfängnisverhütungsmethoden als die Sterilisation können aufgrund mangelnder Verträglichkeit nicht angewendet werden.
SGB 8	SGBT08	Da das Kind aller Wahrscheinlichkeit nach einen normalen Intelligenzquotienten hätte, würde das Mutter-Kind-Verhältnis mit zunehmendem Alter schwieriger.
SGB 9	SGBT09	Dass die Klientin nicht alleine für ein Kind sorgen könnte, hat selbst sie noch nicht bestritten.
SGB 10	SGBT10	Nach allem, was die Eltern durchgemacht haben, wäre es eine beträchtliche zusätzliche Belastung, für ein weiteres Kind sorgen zu müssen.
SGB 11	SGBT11	Eine andere Betreuungsmöglichkeit für das potentielle Kind ist nicht in erreichbarer Nähe.
SGB 12	SGBT12	Falls das potentielle Kind zum eigenen Schutz der Mutter entzogen würde, wäre dies aller Wahrscheinlichkeit nach eine enorme psychische Belastung für die Klientin.
SGB 13	SGBT13	Da der Klientin die Einwilligungsfähigkeit nicht abgesprochen werden kann, ist ihre Einwilligung aus rechtlicher Perspektive für jeden medizinischen Eingriff erforderlich.
SGB 14	SGBT14	Das Risiko von Sterilisationen ist gering; Nebenwirkungen sind selten; die Dauer des Krankenhausaufenthalts liegt bei einem oder wenigen Tagen.
SGB 15	SGBT15	Jedoch hat die Klientin aufgrund mehrerer, für sie traumatisierender Operationen während ihrer Kindheit starke Angst vor Operationen.
SGB 16	SGBT16	Trotzdem sollte es der Psychologin möglich sein, die Klientin zur Sterilisation zu überreden, falls sie ihre Überzeugungsarbeit kontinuierlich bis zum Eingriff fortsetzt.
SGB 17	SGBT17	Die Einwilligung der Klientin zur Operation wäre dann allerdings keine freie, unbeeinflusste Entscheidung.
SGB 18	SGBT18	Die Klientin würde die Entscheidung mit hoher Wahrscheinlichkeit bereuen.
SGB EA	SGBTEA	Die Psychologin sollte in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall versuchen, die Klientin von einer Sterilisation zu überzeugen.

Tabelle 8:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum dritten Fallbeispiel

Variablennamen der Rohdaten		Variablenlabel
trans-	formierten Daten	
Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver (dritte Person als Protagonist)		
SD 1	SD_T01	Die Psychiatrie befindet sich in kirchlicher Trägerschaft und hat ein entsprechendes christliches Leitbild.
SD 2	SD_T02	Die Psychotherapeutin behandelt den 47-jährigen Patienten seit sechs Monaten. Während seines Aufenthalts hat die Psychotherapeutin unterschiedlichste Therapieansätze ohne Erfolg angewandt.“
SD 3	SD_T03	Seine gegenwärtige depressive Episode dauert bis zum jetzigen Zeitpunkt gute zwei Jahre an.
SD 4	SD_T04	Seine Verfassung wurde in den letzten Visiten für unveränderlich und für mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr therapierbar eingeschätzt.
SD 5	SD_T05	Selbstverständlich kann eine vollkommen sichere Prognose nicht gestellt werden.
SD 6		Der Patient äußert seit Behandlungsbeginn Suizidabsichten.

SD 7		Er will sein Leben nicht mehr ertragen.
SD 8		Seine Schwester, die einzige Angehörige des Patienten, schlägt der Psychotherapeutin im Vertrauen vor, ihn mit nach Hause zu nehmen, damit er sich dort suizidieren kann.
SD 9	SD_T09	Dem Patienten würde ermöglicht, unter Wahrung seiner Privatsphäre im Beisein seiner Schwester zu sterben.
SD 10	SD_T10	Momentan hat der Patient keinen Ausgang, die Psychotherapeutin könnte ihm allerdings „Ausgang mit Angehörigen“ erteilen, wodurch sich im Falle eines Suizides außerhalb der Station rechtliche Konsequenzen für die Psychotherapeutin vermeiden ließen.
SD 11	SD_T11	Die Plätze in der Psychiatrie können die Nachfrage nicht decken.
SD 12	SD_T012	Die Kollegen der Psychotherapeutin und auch der Oberarzt der Station befürworten einen Suizid auch in diesem speziellen Fall nicht.
SD 13	SD_T13	Allerdings wären die Kollegen und der Oberarzt – in Unkenntnis des Vorschlags der Schwester – mit der Ausgangsregelung „Ausgang mit Angehörigen“ einverstanden.
SD 14	SD_T14	Auch die Schwester hätte keine rechtlichen Konsequenzen zu befürchten, falls sich ihr Bruder während des Ausganges suizidiert.
SD EA	SD_TEA	Die Psychotherapeutin sollte dem Patienten in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall "Ausgang in Begleitung mit Angehörigen" erteilen.

Tabelle 9:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum vierten Fallbeispiel

Variablennamen der Rohdaten	trans-formierten Daten	Variablenlabel
Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse (dritte Person als Protagonist)		
PP 1	PP_T01	Eine Psychoanalytikerin hat vor wenigen Monaten ihre Praxis eröffnet, in der sie lediglich selbstzahlende oder Privatpatienten behandelt. Momentan deckt die Auftragslage noch nicht ihren finanziellen Bedarf.
PP 2	PP_T02	Ein Klient tritt an sie mit der Bitte heran, dass sie mit ihm eine Psychoanalyse beginne.
PP 3		Er sei 67 Jahre alt, pensioniert und habe in seinem Leben schon viel erlebt und gesehen.
PP 4	PP_T04	Nun bemühe er sich seit langem um ein tieferes Verständnis seiner unbewussten Persönlichkeitsanteile, wobei er allerdings immer wieder an seine Grenzen stoße, warum er sie nun um Hilfe und Anleitung bitte.
PP 5	PP_T05	Der Klient ist finanziell gut situiert und problemlos in der Lage, mehr als 200 Stunden Psychoanalyse zu bezahlen.
PP 6		Da er kein akutes psychisches Leiden hat, würde seine Krankenversicherung selbst dann nicht für die Psychoanalyse zahlen, wenn die Psychoanalytikerin kassenärztlich zugelassen wäre.
PP 7	PP_T07	Bisher hat dem Eindruck der Psychotherapeutin nach noch keiner ihrer Patienten Schaden an ihren Interventionen genommen.
PP 8	PP_T08	Trotzdem klärt sie ihren Klienten darüber auf, dass Psychoanalysen – genauso wie andere psychologische Interventionen – vorhersehbare Nebenwirkungen haben.
PP 9	PP_T09	Beispielsweise wird er sich vermutlich durch die Konfrontation mit unbewussten, selbstwertabträglichen Verhaltens- und Erlebnisweisen zunächst schlechter fühlen als zuvor.
PP 10	PP_T10	Zudem können das In-Frage-Stellen eingefahrener Muster und gewohnter Beziehungen sowie das Auftauchen von Wünschen und neuen

		Befriedigungsmöglichkeiten zu einer Identitätsverunsicherung führen.
PP 11	PP_T11	Verdrängte Konflikte werden voraussichtlich wieder akut und brauchen so Energie auf, die dann in anderen Lebenskontexten fehlt.
PP 12	PP_T12	Auch kann sich die Psychoanalyse negativ auf seine zwischenmenschlichen Beziehungen auswirken – beispielsweise auf die Beziehung zu seiner Ehefrau oder seinen zwei erwachsenen Töchtern.
PP 13	PP_T13	Durch die Hilfe zum Erreichen seiner Ziele und die vorbehaltlos wertschätzende Zuwendung der Analytikerin kann eine passive Abhängigkeit des Klienten entstehen.
PP 14	PP_T14	Andererseits ist es möglich, dass die Analyse nicht zu den gewünschten Ergebnissen führt, was ihn diesbezüglich hoffnungsloser machen könnte.
PP 15	PP_T15	Nach dieser Aufklärung meint der Klient, er sei sich des Risikos bewusst, das sei es ihm allerdings wert.
PP EA	PP_TEA	Die Psychoanalytikerin sollte in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall mit der Psychoanalyse des Klienten beginnen.

Tabelle 10:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum fünften Fallbeispiel

Variablennamen der Rohdaten	trans-formierten Daten	Variablenlabel
Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin (dritte Person als Protagonist)		
MB 1		Eine Psychotherapeutin in Ausbildung wird von einer 22-jährigen Bekannten angesprochen, ob sie nicht einen kompetenten Therapeuten kenne, der ihr mit einem bestimmten Problem weiterhelfen kann.
MB 2	MB_T02	Sie empfiehlt ihrer Bekannten einen ihrer Ausbilder, da sie ihn für die Problematik ihrer Bekannten für besonders kompetent hält.
MB 3	MB_T03	Nach ein paar Monaten erfährt sie von ihrer Bekannten, dass sie die Therapie bei ihrem Ausbilder recht bald abgebrochen habe, nachdem es zwischen ihnen zu sexuellen Handlungen während der Therapiestunden gekommen sei.
MB 4	MB_T04	Ihren Schilderungen ist zu entnehmen, dass die Initiative hauptsächlich von ihr ausgegangen ist.
MB 5	MB_T05	Im weiteren Gesprächsverlauf stellt sich heraus, dass es ihr mit ihrem Problem u. a. aufgrund des Vorfalls wesentlich schlechter geht als zuvor.
MB 6	MB_T06	Von der Psychotherapeutin in Ausbildung gefragt, ob sie den Ausbilder daraufhin zur Rede stellen dürfte, meint ihre Bekannte, dass ihr das zwar nicht so recht sei, sie es allerdings akzeptieren würde, falls sie es für richtig halte.
MB 7	MB_T07	Laut ihrer Bekannten wisse der Therapeut bisher nicht von der Bekanntschaft zwischen ihnen.
MB 8	MB_T08	Durch ein Gespräch mit dem Ausbilder könnte die Psychotherapeutin in Ausbildung zwar ihrer Bekannten höchstwahrscheinlich nicht helfen, jedoch nähme ein Gespräch eventuell Einfluss darauf, ob bzw. wie bald der Ausbilder dieses Verhalten bei einer weiteren Patientin wiederholt.
MB 9	MB_T09	Ihr ist bekannt, dass das Verhalten ihres Ausbilders gegen Verpflichtungen aus den „Ethischen Richtlinien der DGPs und des BDP“ sowie aus den entsprechenden, in Österreich und der Schweiz vorliegenden Richtlinien verstoßen hat.
MB 10	MB_T10	Der Ausbilder hat das Abhängigkeitsverhältnis zwischen ihm und seiner Klientin anscheinend zu seinen Gunsten ausgenutzt.
MB 11	MB_T11	Der Ausbilder hat die Verschlechterung der psychischen Verfassung seiner Klientin billigend in Kauf genommen.
MB 12	MB_T12	Er hat dem Grund, warum die Klientin zu ihm gekommen ist, sowie der Erwartung

		seiner Klientin, dass ihr geholfen wird, wahrscheinlich wissentlich zuwidergehandelt.
MB 13	MB_T13	Zudem hat er Schaden am Ansehen von Psychotherapeuten in der Öffentlichkeit in Kauf genommen.
MB 14	MB_T14	Im Verlauf ihrer Ausbildung wird die Psychotherapeutin in Ausbildung auch Prüfungen bei diesem Ausbilder absolvieren müssen, auf deren Benotung sich das Ansprechen des Vorfalls vermutlich nicht positiv auswirken wird.
MB EA	MB_TEA	Die Psychotherapeutin in Ausbildung sollte ihren Ausbilder in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall bezüglich dieses Vorfalls zur Rede stellen.

Tabelle 11:

Liste der Variablennamen und Variablenlabels der Situationsmerkmalsbewertungen und der präskriptiven Aussage bezüglich fremden Verhaltens zum sechsten Fallbeispiel

Variablennamen der

Rohdaten trans-
 formierten
 Daten Variablenlabel

Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin (dritte Person als Protagonist)		
Rohdaten	trans- formierten Daten	Variablenlabel
CH 1	CH_T01	Die 67-jährige Mutter des Patienten ist vor wenigen Wochen an Chorea Huntington gestorben.
CH 2	CH_T02	Chorea Huntington ist eine unheilbare und tödlich verlaufende Erkrankung, deren zeitlicher Verlauf zwischen Jahren und Jahrzehnten variiert, ebenfalls unterscheidet sich die Stärke der typischen, fortschreitenden Symptome interindividuell stark.
CH 3	CH_T03	Die Erkrankung geht mit psychischen Beschwerden einher, die mit dem Verlust der kognitiven Fähigkeiten und Demenz enden.
CH 4	CH_T04	Zu den fortschreitenden physischen Beschwerden zählen unwillkürliche Bewegungen mit zunehmendem Kontrollverlust, Schluckstörungen, Grimassieren bis zu einer vollständigen Sprechunfähigkeit und mitunter stundenlange schmerzhafte Fehlstellungen der Extremitäten aufgrund eines stark erhöhten Muskeltonus.
CH 5	CH_T05	Der 32-jährige Patient hat seine Mutter bis in den Tod sehr fürsorglich gepflegt.
CH 6	CH_T06	Da Chorea Huntington erblich bedingt ist, erkrankt der Patient statistisch gesehen mit 50%-iger Wahrscheinlichkeit ebenfalls an der Krankheit.
CH 7	CH_T07	Seine Mutter hat niemandem ihre vollständige Diagnose mitteilen wollen, sondern immer nur von einer neurologischen Erkrankung gesprochen.
CH 8	CH_T08	Sie wurde von ärztlicher Seite auf das wahrscheinliche Interesse ihrer Kinder an Aufklärung über die Möglichkeit ihrer eigenen Erkrankung hingewiesen.
CH 9	CH_T09	Der Patient möchte nun von seinem Hausarzt, der gleichzeitig zwei Jahrzehnte Hausarzt seiner Mutter war, wissen, an welcher Krankheit seine Mutter gestorben ist.
CH 10	CH_T10	Vor allem interessiert ihn, ob es eine erblich bedingte Krankheit ist und er somit möglicherweise ebenfalls Träger der Krankheit ist.
CH 11	CH_T11	Er und seine Frau möchten in naher Zukunft Kinder haben.
CH 12	CH_T12	Den Vorschlag, vor der potentiellen Elternschaft eine „Rundumuntersuchung“ zu machen, bei der auch „bestimmte“ Erbkrankheiten festgestellt werden könnten, lehnt der Patient aus religiösen Gründen entschieden ab.
CH 13	CH_T13	Die Schweigepflicht des Mediziners gilt allerdings aus rechtlicher Sicht auch über den Tod hinaus.
CH 14	CH_T14	Der Krankheitsbeginn lässt sich auch bei frühzeitigem Behandlungsbeginn nicht verzögern.
CH EA	CH_TEA	Der Mediziner sollte dem Patienten in jedem Fall / relativ sicher / eher / möglicherweise / - weder noch - / möglicherweise nicht / eher nicht / relativ sicher nicht / in keinem Fall die Diagnose seiner Mutter mitteilen.

G 3 Deskriptive Kennwerte der Differenzen

Die deskriptiven Kennwerte der Differenz zwischen der deskriptiven quantitativen Aussage über die vermutlich selbst vorgenommene Handlung in einem bestimmten Fallbeispiel und der präskriptiven quantitativen Aussage über die Handlung einer fremden Person in derselben Situation plus 0,5 können der folgenden Tabelle entnommen werden (vgl. Abschnitt 5. 2.).

Tabelle 20:

Deskriptive Kennwerte der Differenz zwischen der deskriptiven quantitativen Aussage über die vermutlich selbst vorgenommene Handlung in einem bestimmten Fallbeispiel und der präskriptiven quantitativen Aussage über die Handlung einer fremden Person in derselben Situation plus 0,5

0,5 plus	<i>AM</i>	<i>Md</i>	<i>Mo</i>	<i>SD</i>	<i>Sch</i>	<i>Ex+3</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
LM EE minus LM EA	-,6758	-,5	-,5	1,26585	-,352	5,244	-7,50	5,50
SGB EE minus SGB EA	,1176	,5	-,5	1,46176	,748	2,882	-4,50	7,50
SD EE minus SD EA	-,2031	-,5	-,5	1,26103	,264	3,078	-4,50	5,50
PP EE minus PP EA	,0653	,5	,5	1,24733	-,501	5,626	-6,50	5,50
MB EE minus MB EA	,7732	,5	,5	1,50364	-,055	5,167	-7,50	6,50
CH EE minus CH EA	,2696	,5	,5	1,59810	,637	4,733	-7,50	7,50

G 4 Voraussetzungen der multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen

Im Folgenden wird ein Teil der zur Überprüfung der Voraussetzungen der multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen erstellten Diagramme abgebildet (vgl. Abschnitt 5. 4. 1.).

Zur Überprüfung der Linearität als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS partielle Regressionsdiagramme mit Anpassungslinien nach der LOWESS Anpassungsmethode (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) erstellt. Die Diagramme wurden ihrer Güte entsprechend geordnet. Hier werden das beste und schlechteste so wie ein aus der Art fallendes Regressionsdiagramm abgebildet.

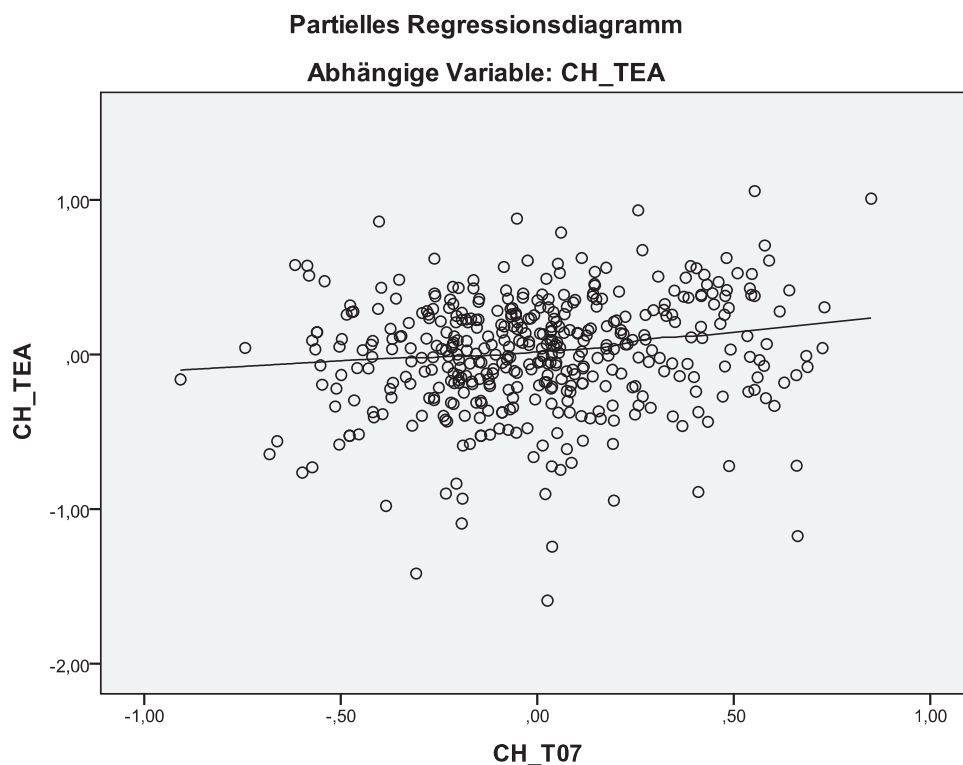


Abbildung 5: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit guter Linearität.

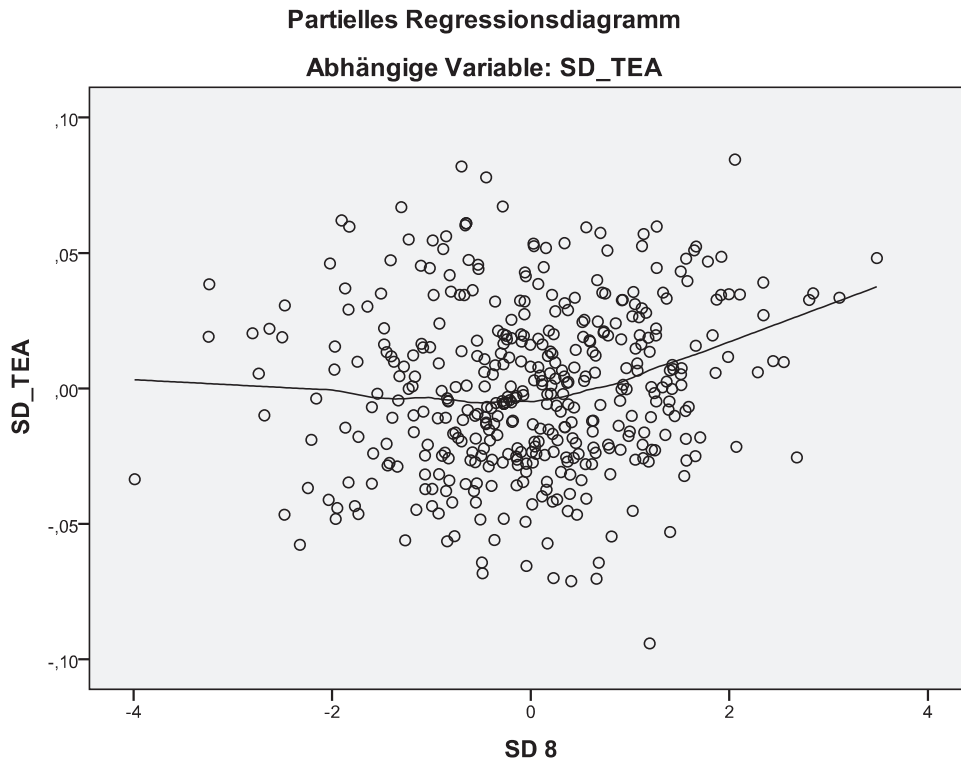


Abbildung 6: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit der stärksten Abweichungen von der Linearität.

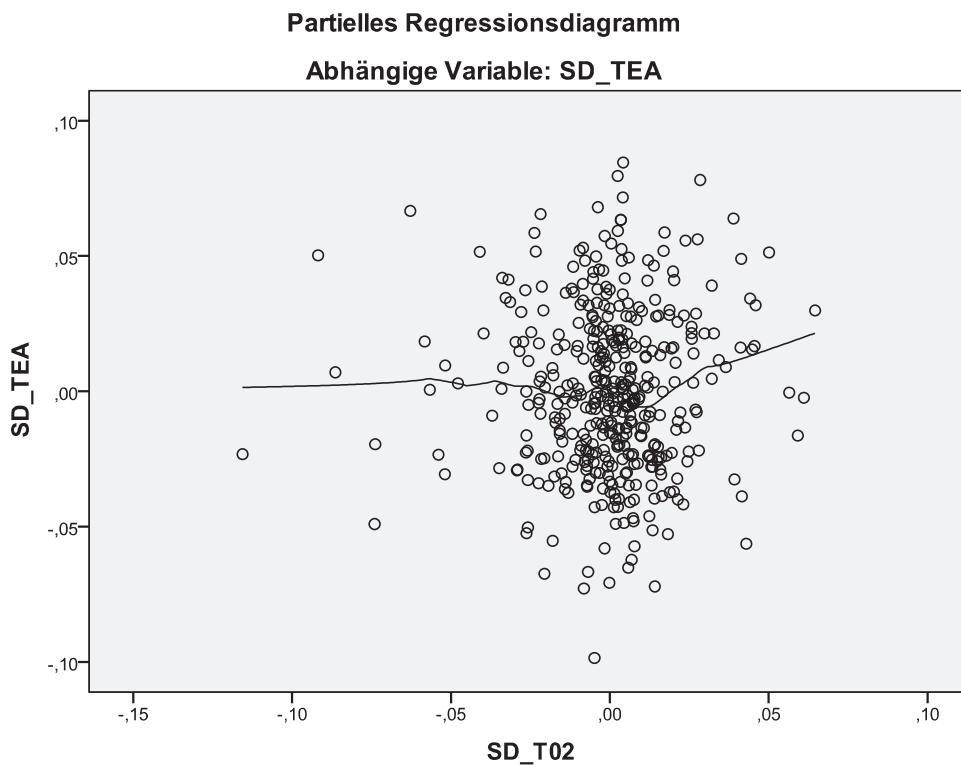


Abbildung 7: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen mit zentralem Cluster.

Zur Überprüfung der Homoskedastizität der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS Scattergramme der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte erstellt.

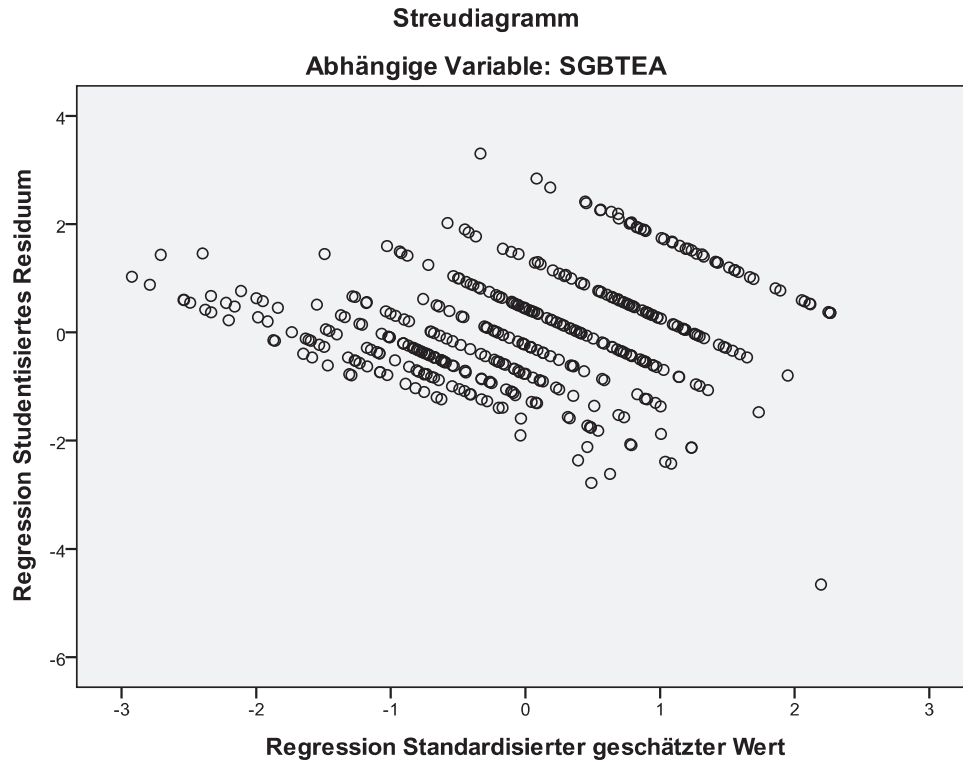


Abbildung 8: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

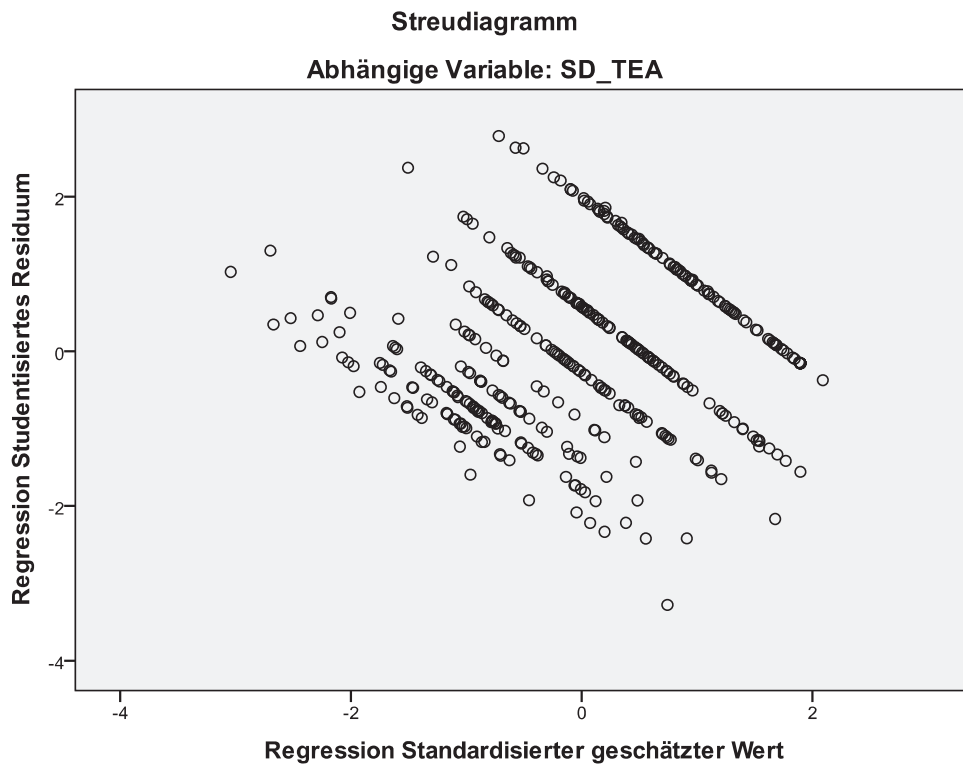


Abbildung 9: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

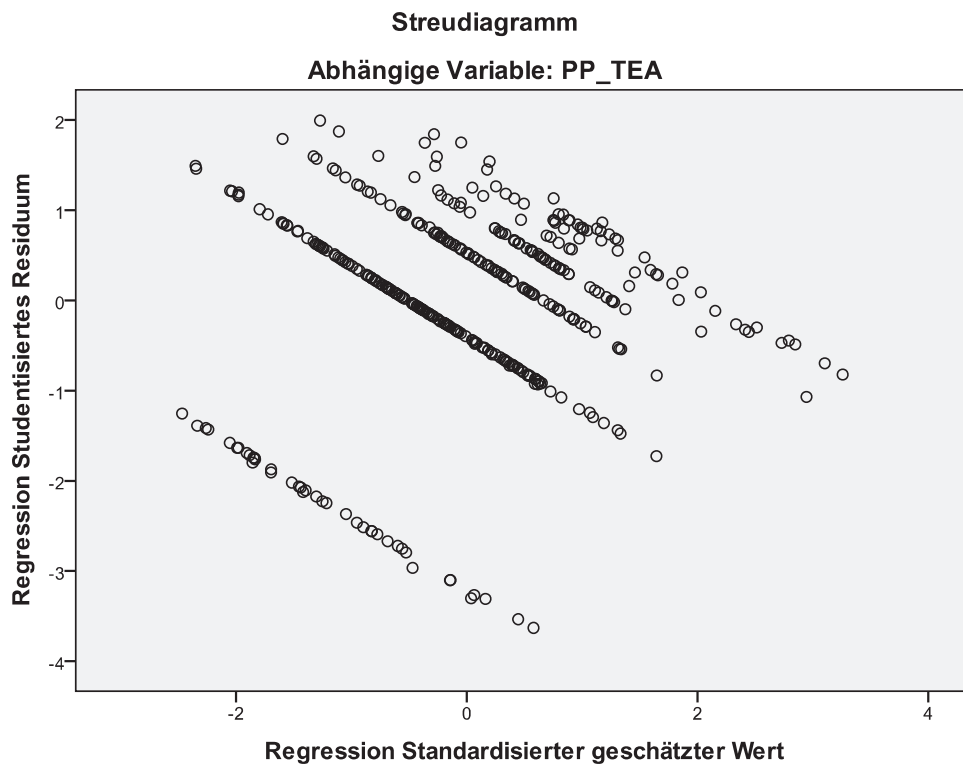


Abbildung 10: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

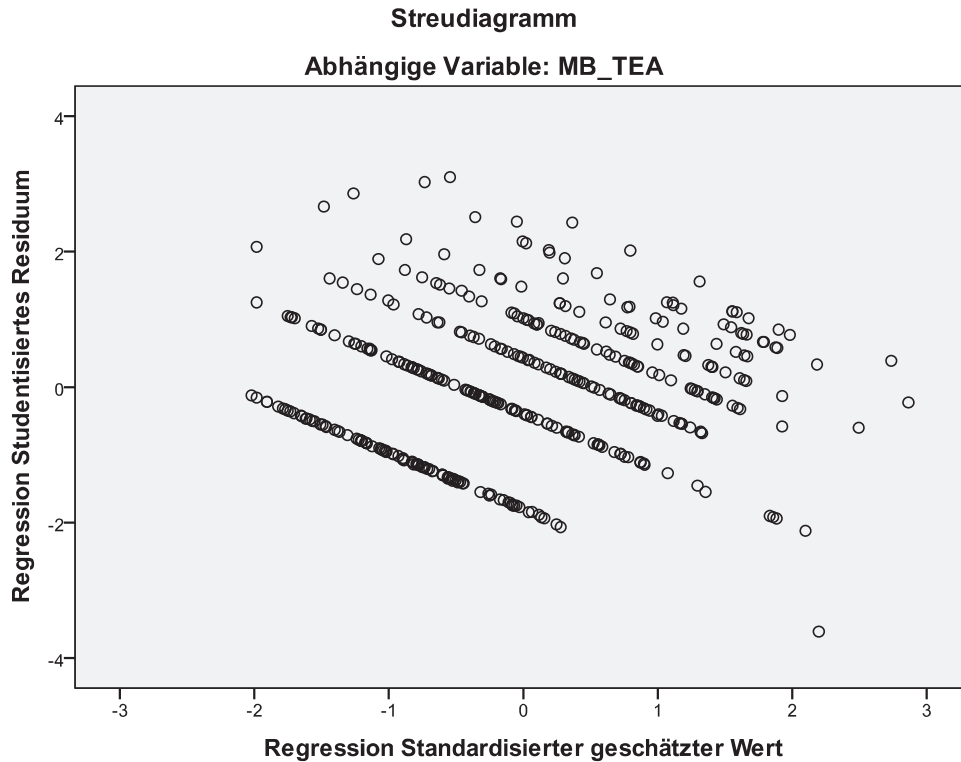


Abbildung 11: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

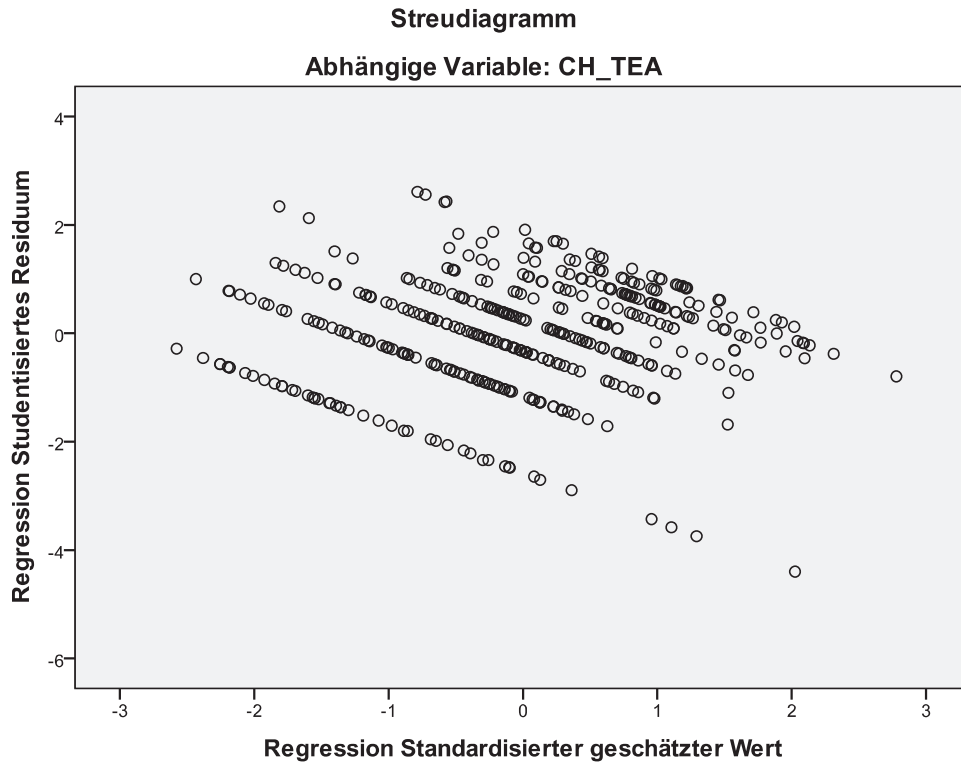


Abbildung 12: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

Zur Überprüfung der Normalverteilung der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS Normal Probability-Probability Plots der studentisierten Residuen erstellt.

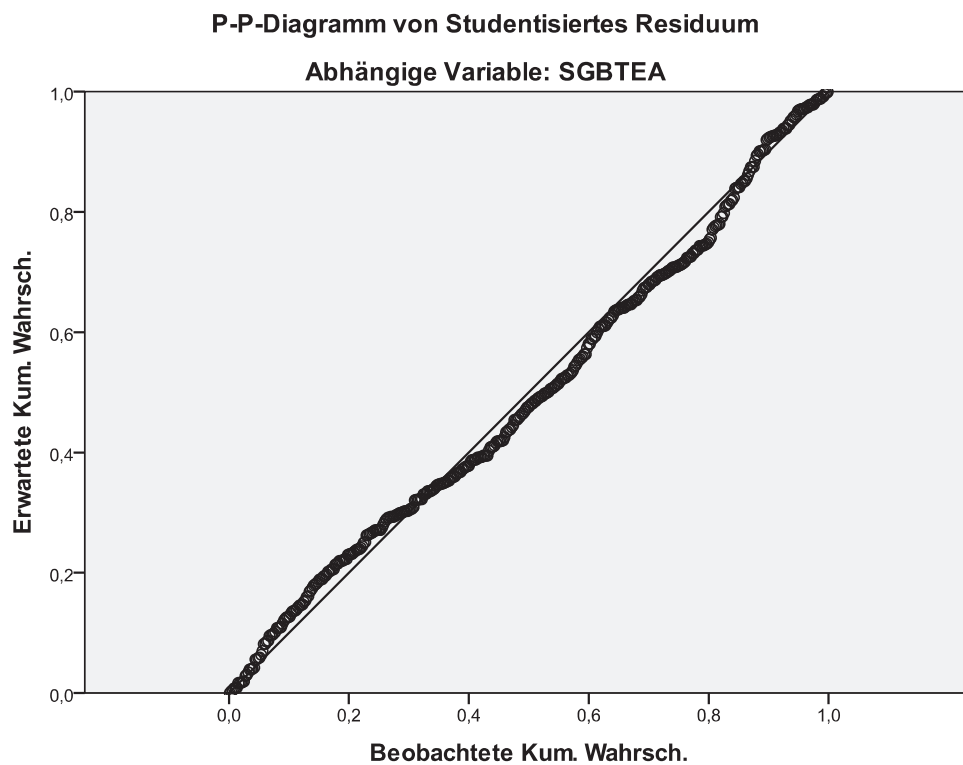


Abbildung 13: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

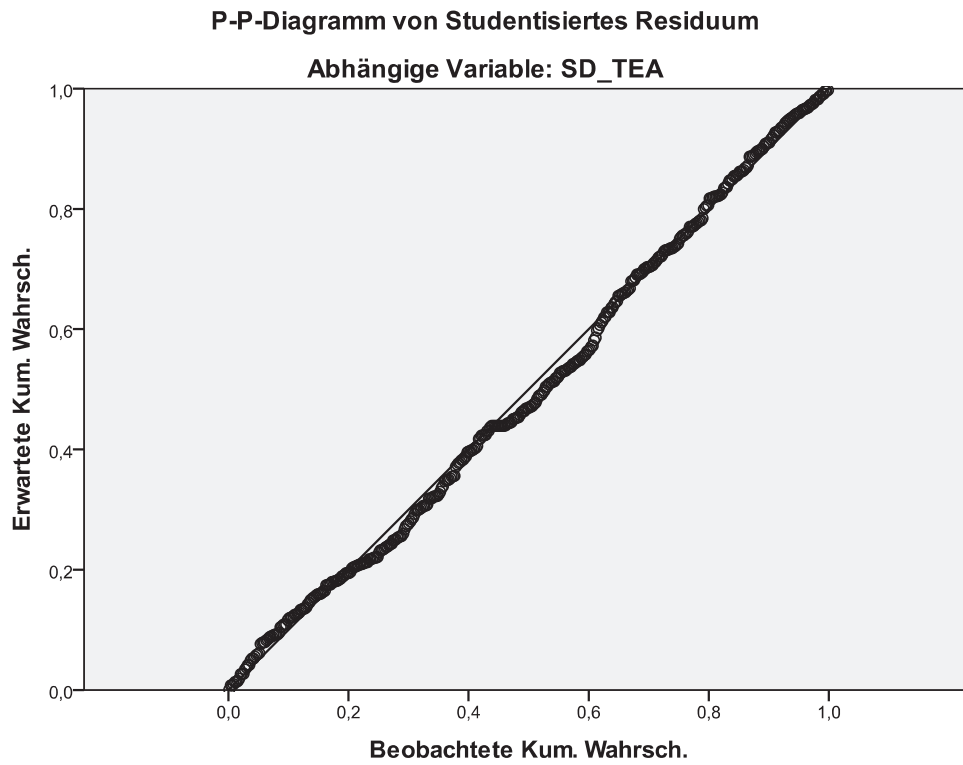


Abbildung 14: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

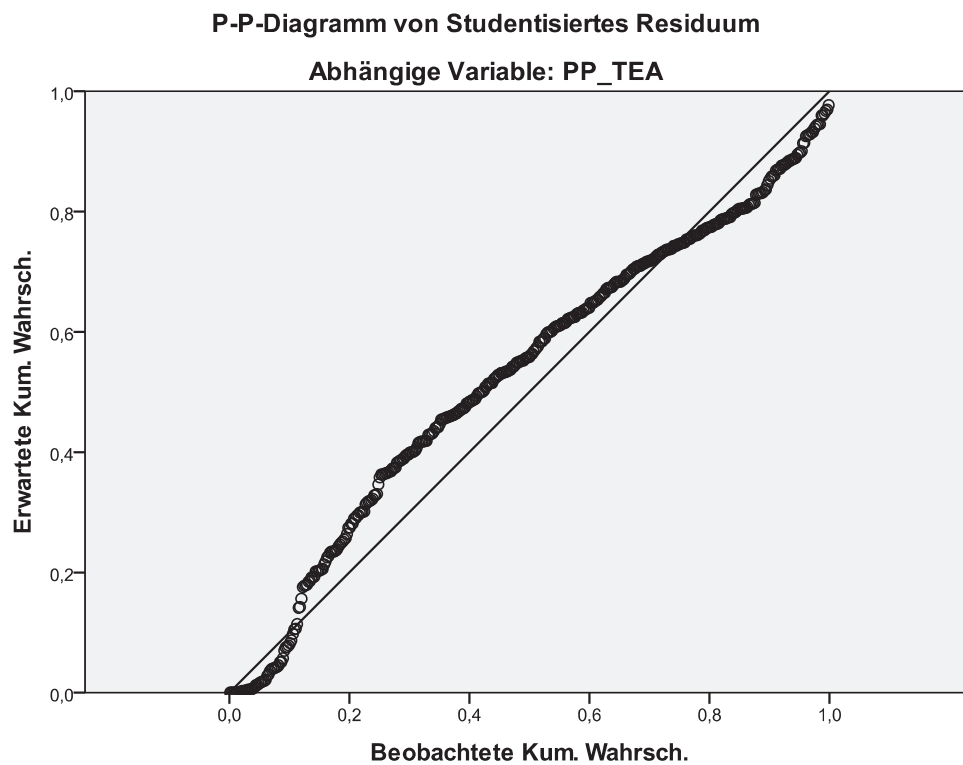


Abbildung 15: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

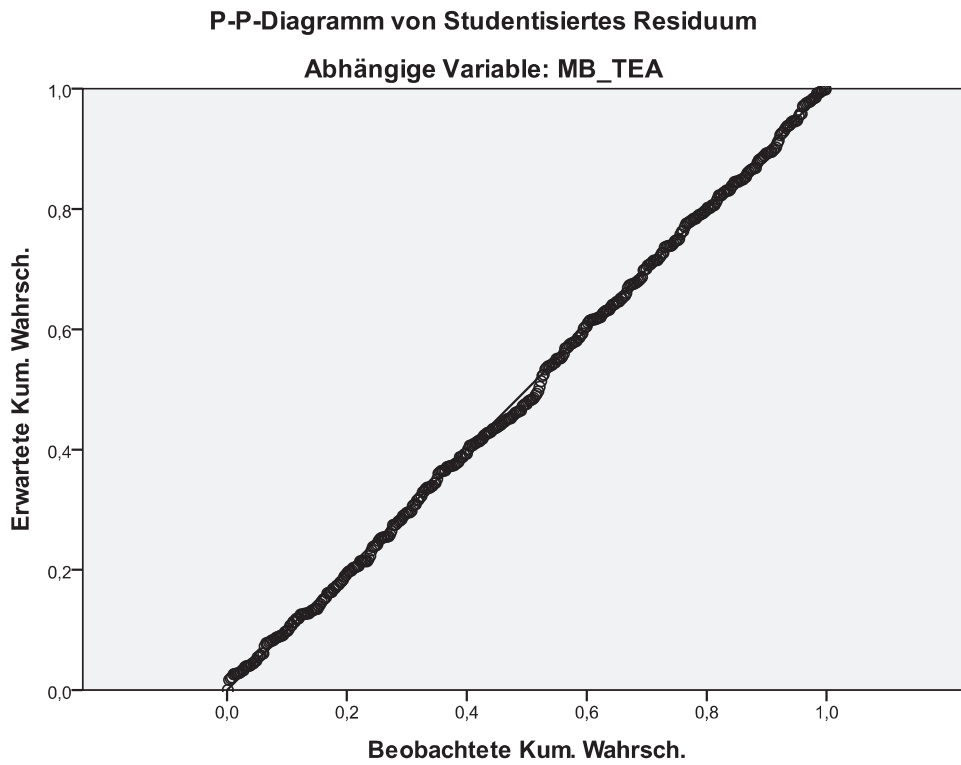


Abbildung 16: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

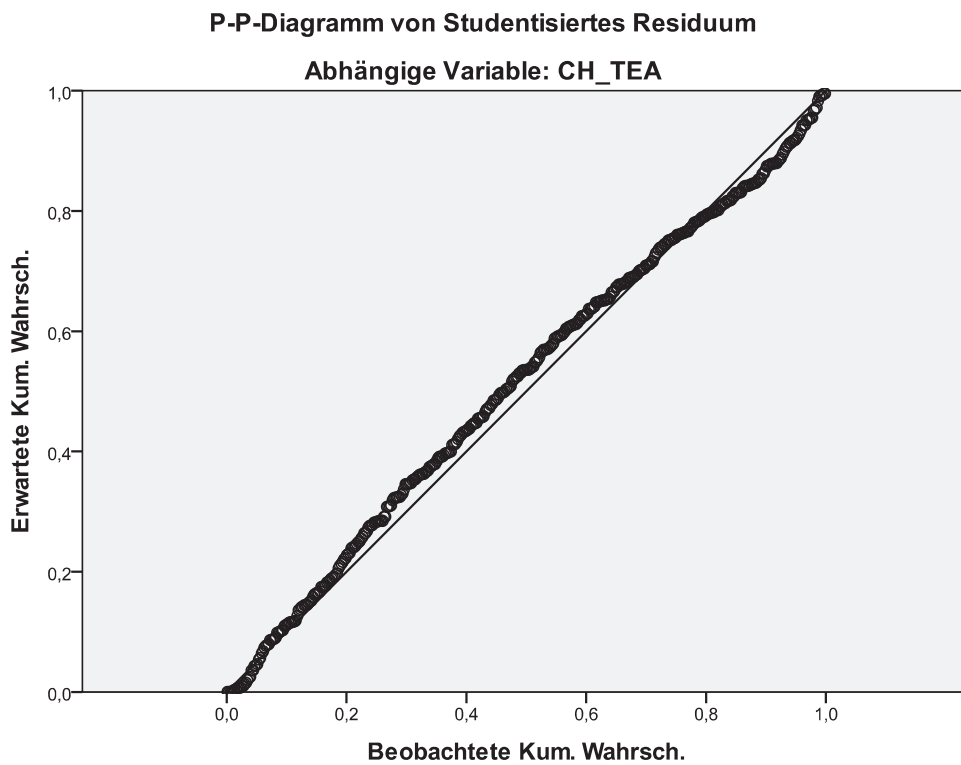


Abbildung 17: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Situationsmerkmalsbewertungen.

G 5 Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der fünf Fallbeispiele

Im Folgenden werden die Komponentenmatrizes der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der letzten fünf Fallbeispiele abgebildet. Es wurden nur die Items in die Faktorenanalyse aufgenommen, die aus ethischer Perspektive Entscheidungsrelevanz besitzen (vgl. Abschnitt 5. 4. 2.). Es wurden entsprechend dem Kaiser-Guttman-Kriterium 14 Faktoren extrahiert. Als erstes wird die unrotierte Komponentenmatrix und als zweites die rotierte (Varimax) Komponentenmatrix abgebildet.

Tabelle 21:

Unrotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der letzten fünf Fallbeispiele

	Unrotierte Komponentenmatrix													
	Komponente													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
SGBT02	,354	,123	-,027	,201	-,093	-,105	-,173	-,061	-,175	,412	,132	,022	,182	,166
SGBT03	,369	,209	,014	,460	,148	-,141	-,138	-,075	,114	-,067	-,041	-,024	-,022	,013
SGBT04	,246	-,179	,111	,316	,264	-,371	,184	,154	,107	-,090	,013	-,113	-,068	-,107
SGBT05	,213	,112	-,022	,222	,145	-,230	-,061	,185	,282	-,308	-,365	-,131	,317	-,066
SGBT08	,356	,175	,011	,422	,159	-,256	-,284	-,102	-,055	,096	-,117	,085	-,059	,075
SGBT09	,405	,247	,004	,383	,256	-,230	-,232	-,189	,050	-,043	,133	,036	-,026	,011
SGBT10	,465	,285	,067	,286	,149	-,094	-,263	-,279	-,157	,080	-,011	,054	,042	,141
SGBT12	,358	,366	,070	,382	,116	,008	-,240	-,181	,037	-,112	-,076	,009	,114	,286
SGBT14	,372	,315	-,027	,395	,153	-,113	,140	-,167	-,021	-,125	-,084	,020	,022	-,067
SGBT15	,268	-,242	,071	,294	,273	-,243	-,036	,334	-,004	,171	-,019	,000	,102	,021
SGBT17	,440	-,182	,089	,403	,260	-,231	,304	,085	,099	,084	,126	-,126	-,227	,035
SGBT18	,349	-,284	,128	,384	,281	-,281	,284	,076	,123	,040	,082	-,075	-,228	-,014
SD_T01	,214	-,265	,183	-,230	,087	,084	-,204	,355	,144	-,069	,175	,256	,106	,339
SD_T02	,634	,188	,178	-,275	-,112	,002	,020	-,040	,105	,006	-,048	,256	-,186	-,175
SD_T03	,661	,234	,158	-,255	-,043	,019	-,020	,085	,050	-,075	-,057	,255	-,162	-,147
SD_T04	,707	,289	,109	-,253	-,048	,090	-,013	,072	-,011	-,068	-,128	,110	-,050	-,126
SD_T05	,368	-,155	,113	-,122	,140	-,069	,225	,245	,032	,094	,350	,049	-,087	,071
SD 6	,627	,010	,179	-,333	-,016	,056	,052	-,193	,096	,066	,063	-,285	-,153	-,043
SD 7	,610	,087	,196	-,427	-,076	,056	-,053	-,125	,119	,103	-,018	-,289	-,076	,008
SD 8	,681	,091	,122	-,332	-,111	,094	,064	-,162	,008	,036	,061	-,248	,060	-,059
SD_T09	,589	,229	,061	-,327	-,046	,146	,019	-,108	-,037	-,081	-,015	-,281	,201	,150
SD_T10	,684	,073	,170	-,280	-,092	,091	,101	,021	-,160	-,017	-,005	-,019	,113	,055
SD_T11	,471	,061	,036	,031	-,078	-,067	,038	,231	-,375	,162	-,108	,342	,241	-,126
SD_T12	,402	-,179	,153	-,274	,155	-,040	-,018	,294	,235	,004	,149	,193	,048	,050
SD_T14	,670	,311	,108	-,198	-,092	,063	,148	,022	-,088	-,104	-,053	,137	,145	-,035
PP_T01	,043	,396	,074	,338	-,395	-,039	,420	,054	-,266	,045	,068	-,066	,169	,071
PP_T02	-,107	,404	,145	,303	-,461	,011	,031	,073	,185	,007	,103	-,042	,083	,002
PP 3	-,061	,240	,207	,291	-,489	,026	,021	-,100	,148	,273	,065	,159	,053	-,239

PP_T04	-,073	,276	,230	,217	-,535	,084	-,113	,053	,430	,109	-,004	,155	-,040	,003
PP_T05	,013	,382	,087	,357	-,457	,029	,334	,162	-,098	-,059	,142	-,085	,059	,109
PP_T07	,060	,402	,071	,297	-,387	,082	,191	-,093	,237	,035	,031	-,008	-,080	-,069
PP_T09	-,060	-,397	,738	,075	-,126	-,071	-,076	-,068	-,051	-,095	-,085	-,071	-,081	,025
PP_T10	-,114	-,461	,732	,089	-,117	-,048	-,116	-,035	-,052	-,060	-,014	,051	-,054	-,027
PP_T11	-,076	-,414	,731	,080	-,190	-,031	-,125	-,028	-,114	-,103	-,072	-,035	-,003	,015
PP_T12	-,063	-,459	,688	,063	-,100	-,054	-,079	-,081	-,094	-,035	-,068	,033	-,051	-,009
PP_T13	-,015	-,438	,563	,134	-,154	-,035	-,042	,040	-,223	,080	,038	-,078	-,046	,016
PP_T14	-,036	-,413	,616	,080	-,145	,079	,003	-,067	-,114	-,021	,015	-,007	,099	-,037
PP_T15	-,008	,173	,248	,160	-,420	,176	-,170	,266	,268	-,139	-,128	-,140	-,019	,153
MB_T03	-,245	,533	,293	-,107	,092	-,086	,016	-,001	,144	-,033	,062	,041	-,022	,148
MB_T04	-,249	,071	,403	-,139	,362	-,190	,184	,070	-,084	-,259	,110	-,095	,179	-,042
MB_T05	-,288	,564	,253	-,173	,131	-,068	-,037	-,018	,109	-,082	,032	-,100	,182	,119
MB_T06	-,205	,336	,345	,017	,252	-,010	,318	-,176	,009	-,155	,018	,240	,237	-,064
MB_T07	-,236	,087	,300	-,053	,267	,035	,225	-,371	,203	-,066	,358	,136	,214	-,029
MB_T08	-,251	,444	,352	-,226	,194	-,134	-,066	,061	-,077	-,079	-,133	,040	-,074	-,083
MB_T09	-,291	,592	,244	-,157	,177	-,195	,015	-,084	-,098	,049	-,079	,048	-,142	-,094
MB_T10	-,298	,648	,297	-,207	,179	-,154	-,054	,183	-,040	,200	-,042	-,077	-,053	-,016
MB_T11	-,302	,639	,278	-,237	,116	-,133	-,014	,237	,018	,219	-,035	-,162	-,003	,005
MB_T12	-,289	,664	,269	-,210	,143	-,172	-,025	,144	-,004	,185	-,137	-,114	-,086	,008
MB_T13	-,291	,539	,188	-,030	,143	-,108	,062	-,108	-,117	,190	-,077	,142	-,155	,092
MB_T14	-,172	-,246	,232	-,242	,288	,026	-,111	-,227	,326	,201	,211	,141	,118	,048
CH_T06	,032	,281	,073	,317	,159	,379	-,319	,102	-,052	-,097	,218	-,050	-,014	-,379
CH_T07	,052	-,182	,134	,151	,358	,471	,238	,041	,154	,115	-,348	,074	,093	,058
CH_T08	-,047	-,094	,141	,186	,268	,477	,289	-,111	,061	,034	-,318	,096	-,113	-,041
CH_T09	,018	,274	,148	,204	,179	,552	,098	,068	-,172	-,060	,059	,033	-,228	,340
CH_T10	,010	,405	,115	,205	,252	,543	-,107	,063	-,162	-,127	,188	-,035	-,158	,071
CH_T11	,052	,370	,070	,272	,255	,382	-,179	,198	-,047	-,160	,197	-,026	-,046	-,209
CH_T13	,063	-,242	,146	,120	,275	,316	,158	-,012	,167	,359	-,239	-,025	,075	,138
CH_T14	,012	-,158	,172	,199	,318	,336	-,137	,114	,012	,334	,066	-,263	,302	-,318
	Komponente													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Tabelle 22:

Rotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen der letzten fünf Fallbeispiele

Rotierte Komponentenmatrix (Varimax)														
	Komponente													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
SGBT02	,145	-,061	-,049	,461	,101	,001	-,105	-,083	,153	-,099	,103	,159	-,244	,342
SGBT03	,074	-,036	-,067	,571	,134	,262	,142	,013	-,002	-,024	-,052	-,014	,173	-,021
SGBT04	-,017	-,068	,108	,156	-,085	,643	-,034	-,025	-,001	,022	-,020	,027	,230	,005
SGBT05	,040	,020	-,090	,245	,034	,157	-,042	,040	-,001	-,042	,028	,017	,739	,023
SGBT08	,018	,025	-,010	,691	,029	,185	,021	-,024	-,064	-,152	-,035	,122	,033	,002
SGBT09	,107	,006	-,097	,674	,021	,256	,160	-,131	-,086	,097	-,023	-,001	,041	-,001
SGBT10	,237	,033	-,016	,733	-,025	,006	,082	-,012	,042	,006	-,044	,067	-,075	,041
SGBT12	,134	,052	-,061	,712	,105	-,050	,141	,083	,137	,026	,075	-,104	,146	-,050
SGBT14	,156	,005	-,159	,475	,076	,253	,112	,076	,167	,123	-,227	,102	,159	-,111
SGBT15	-,073	-,097	,103	,225	-,133	,460	-,034	,064	-,009	-,152	,238	,198	,139	,245
SGBT17	,112	-,172	,052	,249	-,023	,763	-,011	,124	,086	-,007	,008	-,053	-,047	,010
SGBT18	,028	-,181	,136	,196	-,057	,761	-,052	,118	-,003	,021	-,003	-,025	,003	-,029
SD_T01	,140	-,110	,164	-,037	-,109	-,012	,016	,012	-,104	-,012	,740	,030	,019	-,031
SD_T02	,701	,026	-,012	,096	,167	,091	,006	-,012	-,197	-,011	,056	,261	-,060	-,227

SD T03	,691	,056	-,047	,121	,096	,099	,103	-,023	-,141	-,064	,134	,292	,019	-,245
SD T04	,756	,047	-,097	,148	,052	,021	,115	,022	-,029	-,106	,071	,247	,092	-,136
SD T05	,291	-,082	,012	-,101	-,093	,434	,017	-,043	,054	,083	,340	,060	-,192	,046
SD 6	,773	-,059	,061	,042	-,043	,146	-,039	-,003	-,104	-,017	-,061	-,205	-,104	,067
SD 7	,808	,034	,048	,040	-,008	,014	-,085	-,018	-,116	-,099	,021	-,194	-,039	,116
SD 8	,821	-,103	-,003	,061	-,015	,018	-,031	-,047	,045	,024	-,043	-,079	-,021	,137
SD T09	,735	-,004	-,097	,136	-,100	-,146	-,008	-,001	,203	,018	,065	-,160	,109	,114
SD T10	,738	-,083	,057	,090	-,085	,003	-,020	,014	,192	-,019	,136	,152	-,004	,019
SD T11	,292	-,073	,012	,183	-,041	,030	-,021	-,007	,206	-,113	,117	,677	,002	,090
SD T12	,355	-,069	,037	-,078	-,069	,233	-,025	,003	-,207	,057	,511	,123	,063	,012
SD T14	,708	,016	-,107	,160	,053	-,008	,039	,012	,198	,071	,086	,280	,104	-,104
PP T01	,025	,108	-,039	,079	,366	,060	-,017	-,049	,711	,053	-,186	,158	-,047	,029
PP T02	-,068	,152	,003	,068	,646	-,062	,085	-,134	,267	,015	-,030	-,054	,074	,029
PP 3	-,033	,049	,119	,065	,698	-,065	-,001	-,050	,033	,070	-,180	,203	-,124	,120
PP T04	-,019	,096	,094	,048	,809	-,127	,003	-,009	-,050	-,053	,101	-,032	,027	-,057
PP T05	-,004	,074	-,029	,018	,488	,081	,094	-,090	,639	-,009	-,059	,019	-,008	-,054
PP T07	,090	,068	-,102	,094	,635	,045	,068	,030	,188	,055	-,192	-,056	-,014	-,092
PP T09	,015	,020	,864	-,024	,034	,078	-,057	,047	-,044	,017	,013	-,086	,040	-,044
PP T10	-,069	-,025	,880	-,056	,048	,063	-,019	,029	-,110	,063	,075	,011	-,010	-,022
PP T11	-,009	-,022	,890	-,037	,043	-,009	-,028	,012	-,002	,003	,047	-,018	,051	-,008
PP T12	-,020	-,039	,842	-,031	-,006	,056	-,073	,065	-,085	,047	,029	,020	-,023	-,022
PP T13	-,031	-,094	,742	-,044	-,011	,120	-,025	,004	,083	-,076	,034	,033	-,124	,116
PP T14	,020	-,116	,745	-,085	,038	-,001	-,002	,088	,044	,128	,026	,038	-,015	,093
PP T15	,048	,069	,190	-,010	,505	-,138	,134	,022	,135	-,273	,188	-,210	,254	-,060
MB T03	-,017	,618	-,033	,056	,173	-,071	,050	-,025	,043	,202	,104	-,134	,009	-,110
MB T04	-,073	,408	,248	-,150	-,292	,153	,076	-,065	,109	,381	,046	-,041	,219	,008
MB T05	-,007	,638	-,069	,037	,075	-,195	,059	-,065	,087	,245	,066	-,180	,156	,040
MB T06	-,049	,400	,064	,029	,021	-,011	,062	,172	,134	,580	-,066	,152	,114	-,122
MB T07	-,068	,178	,091	-,026	,021	,013	,041	,062	-,071	,756	,012	-,128	-,094	,035
MB T08	,019	,683	,100	-,030	-,064	-,089	,103	-,045	-,069	,063	-,050	,067	,095	-,125
MB T09	-,027	,744	-,049	,052	,012	-,059	,048	-,066	-,036	,112	-,201	,060	-,062	-,122
MB T10	-,008	,866	-,070	-,021	,062	-,040	,083	-,054	,012	-,027	,006	,021	-,027	,102
MB T11	,017	,849	-,097	-,098	,112	-,041	,048	-,053	,060	-,050	,035	-,038	,013	,168
MB T12	,013	,868	-,093	-,013	,086	-,049	,016	-,018	,017	-,071	-,052	-,024	,012	,053
MB T13	-,121	,647	-,076	,141	,068	-,076	-,017	,083	,053	,081	-,118	,064	-,221	-,119
MB T14	-,058	,055	,160	-,063	-,080	-,041	-,131	,117	-,445	,404	,243	-,147	-,157	,190
CH T06	-,028	,036	-,026	,155	,134	-,034	,756	-,030	-,095	,016	-,099	,071	,049	,168
CH T07	-,006	-,090	,053	-,033	-,077	,059	,102	,774	-,036	,066	,062	,036	,120	,069
CH T08	-,041	-,049	,081	-,059	-,021	,039	,177	,703	-,025	,090	-,164	,018	-,008	-,116
CH T09	,020	,136	-,013	,131	-,004	-,069	,469	,423	,322	-,035	,147	-,158	-,257	-,193
CH T10	,034	,189	-,080	,167	-,006	-,106	,703	,218	,174	,026	,054	-,125	-,159	-,062
CH T11	,000	,140	-,114	,139	,067	,031	,737	,061	,031	,029	,025	,031	,065	,051
CH T13	-,002	-,078	,096	,023	-,034	,103	-,077	,650	-,079	,000	,090	-,046	-,055	,250
CH T14	-,039	-,060	,140	-,014	-,063	,083	,350	,276	-,132	,045	-,045	,053	,067	,674
	Komponente													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

G 6 Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen jedes einzelnen der fünf Fallbeispiele

Zur Abklärung, wie viele Faktoren bei den Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen jedes einzelnen Fallbeispiels extrahiert werden sollten, wurden Parallelanalysen berechnet, die in der ersten Tabelle dargestellt sind. Im Anschluss werden die unrotierten und rotierten Komponentenmatrizes fallbeispielweise abgebildet. Zudem werden die reduzierten (Faktorladungen über 0,3) Komponentenmatrizes im Vergleich mit den prognostizierten Zuordnungen der Items zu den Handlungsoptionen gezeigt.

Tabelle 23:

Parallelanalysen zu den Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen zu jeweils einem Fallbeispiel

Komponente	Erklärte Gesamtvarianz		Differenz der % der erklärten Gesamtvarianz	Komponente	Erklärte Gesamtvarianz	
	Anfängliche Eigenwerte	% der Varianz			Anfängliche Eigenwerte	% der Varianz
Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau				Binomiale Zufallsvariablen		
1	3,996	33,301	23,126	1	1,221	10,175
2	1,720	14,334	4,440	2	1,187	9,894
3	1,012	8,434	-1,101	3	1,144	9,535
4	...	...	...	4	...	...
Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver				Binomiale Zufallsvariablen		
1	5,729	44,071	34,526	1	1,241	9,545
2	1,296	9,970	0,912	2	1,178	9,058
3	1,103	8,485	-0,535	3	1,173	9,020
4	...	...	...	4	...	...
Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse				Binomiale Zufallsvariablen		
1	4,320	33,230	22,836	1	1,351	10,393
2	3,200	24,618	15,131	2	1,233	9,487
3	1,049	8,072	-1,000	3	1,179	9,072
4	...	...	...	4	...	...
Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin				Binomiale Zufallsvariablen		
1	5,124	42,703	31,927	1	1,293	10,776
2	1,463	12,191	2,076	2	1,214	10,114
3	,879	7,321	-2,408	3	1,167	9,729
4	...	...	...	4	...	...
Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin				Binomiale Zufallsvariablen		
1	2,690	33,629	18,583	1	1,204	15,046
2	1,569	19,616	5,569	2	1,124	14,047
3	,998	12,477	-1,055	3	1,083	13,532
4	...	...	...	4	...	...

Tabelle 24:

Unrotierte und rotierte (Varimax) Komponentenmatrizes sowie die prognostizierten Zuordnungen der Situationsmerkmalsbewertungen zu den Handlungsoptionen jedes einzelnen Fallbeispiels (vgl. Abschnitt 5. 4. 3. sowie Anhang E)

	Komponentenmatrizes						prognostizierte Entscheidungstendenz	
	unrotiert		rotiert (Varimax)		rotiert (Varimax) Faktorladungen über 0,3		Handlungsdurchführung	Handlungsunterlassung
	Komponente		Komponente		Komponente			
	1	2	1	2	1	2		
Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau								
SGBT02	,391	-,177	,421	,086	,421		1a	
SGBT03	,657	-,153	,622	,262	,622		1b	
SGBT04	,500	,520	,099	,714		,714		2b
SGBT05	,407	,043	,304	,274	,304		1b	
SGBT08	,662	-,206	,657	,221	,657		1b	
SGBT09	,702	-,251	,715	,209	,715		1b	
SGBT10	,626	-,441	,766	,010	,766		1b	
SGBT12	,598	-,466	,758	-,026	,758		1b	
SGBT14	,607	-,201	,610	,194	,610			2b
SGBT15	,462	,433	,121	,622		,622		2b
SGBT17	,636	,516	,212	,791		,791		2b
SGBT18	,573	,618	,102	,837		,837		2b
Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver								
SD_T01	,259	,705	,021	,751		,751		2b
SD_T02	,744	-,050	,721	,190	,721		1b	
SD_T03	,761	-,042	,734	,203	,734		1b	
SD_T04	,804	-,166	,815	,099	,815		1b	
SD_T05	,367	,545	,174	,634		,634		2a
SD_6	,717	-,025	,687	,205	,687		1a	
SD_7	,754	-,070	,737	,174	,737		1b	
SD_8	,782	-,152	,790	,106	,790		1a	
SD_T09	,702	-,225	,737	,011	,737		1a	
SD_T10	,773	-,025	,740	,223	,740		1a	
SD_T11	,432	,043	,395	,178	,395		1a	1b
SD_T12	,449	,608	,232	,719		,719		2a
SD_T14	,760	-,139	,765	,110	,765		1a	
Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse								
PP_T01	-,043	,676	-,102	,670		,676	1a	
PP_T02	,039	,740	-,026	,741		,740	1a	
PP_3	,175	,648	,118	,661		,648	1a	
PP_T04	,173	,691	,113	,704		,691	1a	
PP_T05	-,010	,745	-,074	,742		,745	1a	
PP_T07	-,061	,675	-,119	,667		,675	1a	
PP_T09	,865	-,044	,866	,031	,865			2b
PP_T10	,897	-,082	,901	-,004	,897			2b
PP_T11	,892	-,027	,891	,051	,892			2b
PP_T12	,845	-,110	,852	-,036	,845			2b
PP_T13	,746	-,045	,747	,020	,746			2b
PP_T14	,764	-,043	,765	,023	,764			2b
PP_T15	,219	,511	,174	,528		,511	1a	

Komponentenmatrizes						prognostizierte Entscheidungs- tendenz	
unrotiert		rotiert (Varimax)		rotiert (Varimax) Faktorladungen über 0,3		Hand- lungs- durch- führung	Hand- lungs- unter- lassung
Komponente		Komponente		Komponente			
1	2	1	2	1	2		
Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin							
MB_T03	,671	,004	,636	,214	,636		1b
MB_T04	,460	,411	,308	,534	,308	,534	2b
MB_T05	,710	,031	,665	,252	,665		1b
MB_T06	,532	,397	,380	,544	,380	,544	1a
MB_T07	,342	,708	,104	,780		,780	2b
MB_T08	,684	,011	,646	,225	,646		1b
MB_T09	,761	-,090	,751	,153	,751		1b
MB_T10	,841	-,214	,866	,060	,866		1b
MB_T11	,821	-,245	,857	,024	,857		1b
MB_T12	,832	-,274	,876	,000	,876		1b
MB_T13	,656	-,087	,650	,122	,650		1b
MB_T14	,092	,661	-,120	,656		,656	2b
Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin							
CH_T06	,585	-,406	,711	,030	,711		1a
CH_T07	,546	,595	,076	,804		,804	2a 2b
CH_T08	,541	,427	,173	,667		,667	2a 2b
CH_T09	,671	-,165	,635	,274	,635		1a
CH_T10	,731	-,427	,840	,102	,840		1a
CH_T11	,627	-,426	,757	,039	,757		1b
CH_T13	,369	,633	-,088	,728		,728	2b
CH_T14	,493	,278	,224	,519		,519	2b

G 7 Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen jeder einzelnen Handlungsoption

Im Folgenden werden die unrotierten Komponentenmatrizes der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen, die einer Handlungsoption zugeordnet wurden, dargestellt. Vorab werden die Ergebnisse der Parallelanalysen abgebildet. Sie belegen, dass die Extraktion eines Faktors pro Handlungsoption sinnvoll ist. (Vgl. Abschnitt 5. 4. 4. und Abschnitt 5. 4. 5.)

Tabelle 25:

Parallelanalysen zu den Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen zu jeweils einer Handlungsoption

Komponente	Erklärte Gesamtvarianz		Differenz der % der erklärten Gesamtvarianz	Komponente	Erklärte Gesamtvarianz	
	Anfängliche Eigenwerte	% der Varianz			Anfängliche Eigenwerte	% der Varianz
Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau						
Handlungsoption 1				Binomiale Zufallsvariablen		
1	2,464	49,272	26,347	1	1,146	22,925
2	,918	18,354	-2,450	2	1,040	20,804
3	...	...		3	...	...
Handlungsoption 2				Binomiale Zufallsvariablen		
1	2,967	42,379	24,799	1	1,231	17,580
2	,992	14,167	-1,240	2	1,079	15,408
3	...	...		3	...	...
Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver						
Handlungsoption 1				Binomiale Zufallsvariablen		
1	1,566	52,192	15,677	1	1,095	36,515
2	,784	26,142	-8,488	2	1,039	34,630
3	...	...		3	...	...
Handlungsoption 2				Binomiale Zufallsvariablen		
1	5,412	54,116	41,896	1	1,222	12,221
2	1,103	11,033	-0,906	2	1,194	11,938
3	...	...		3	...	...
Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse						
Handlungsoption 1				Binomiale Zufallsvariablen		
1	4,243	70,714	51,044	1	1,180	19,670
2	,646	10,773	-8,126	2	1,134	18,899
3	...	...		3	...	...
Handlungsoption 2				Binomiale Zufallsvariablen		
1	3,204	45,766	28,649	1	1,198	17,117
2	1,073	15,333	-0,532	2	1,111	15,865
3	...	...		3	...	...

Komponente	Erklärte Gesamtvarianz Anfängliche Eigenwerte		Differenz der % der erklärten Gesamtvarianz	Komponente	Erklärte Gesamtvarianz Anfängliche Eigenwerte	
	Gesamt	% der Varianz			Gesamt	% der Varianz
Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin						
Handlungsoption 1				Binomiale Zufallsvariablen		
1	1,771	44,272	15,429	1	1,154	28,843
2	,971	24,272	-1,242	2	1,021	25,514
3	...	...		3	...	...
Handlungsoption 2				Binomiale Zufallsvariablen		
1	4,652	58,153	42,645	1	1,241	15,508
2	,751	9,385	-5,136	2	1,162	14,521
3	...	...		3	...	...
Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin						
Handlungsoption 1				Binomiale Zufallsvariablen		
1	1,941	48,530	21,554	1	1,079	26,976
2	,837	20,917	-4,654	2	1,023	25,571
3	...	...		3	...	...
Handlungsoption 2				Binomiale Zufallsvariablen		
1	2,256	56,406	28,801	1	1,104	27,605
2	,810	20,243	-4,752	2	1,000	24,995
3	...	...		3	...	...

Die folgenden Tabellen enthalten die unrotierten Komponentenmatrizes der Faktorenanalyse über die Situationsmerkmalsbewertungen, die einer Handlungsoption zugeordnet wurden. Es wurde jeweils lediglich ein Faktor extrahiert.

Tabelle 26:

Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im zweiten Fallbeispiel zugeordnet werden können

Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau		Fallbeispiel 2: Sterilisation einer geistig behinderten Frau	
Handlungsunterlassung Komponentenmatrix		Handlungsdurchführung Komponentenmatrix	
Komponente 1		Komponente 1	
SGBT04	,690	SGBT02	,447
SGBT14	,437	SGBT03	,680
SGBT15	,619	SGBT05	,387
SGBT17	,847	SGBT08	,715
SGBT18	,834	SGBT09	,755
		SGBT10	,747
		SGBT12	,718

Tabelle 27:

Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im dritten Fallbeispiel zugeordnet werden können

Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver		Fallbeispiel 3: Suizidaler Depressiver	
Handlungsunterlassung Komponentenmatrix		Handlungsdurchführung Komponentenmatrix	
Komponente 1		Komponente 1	
SD_T01	,709	SD_T02	,748
SD_T05	,683	SD_T03	,763
SD_T12	,773	SD_T04	,819
		SD_6	,715
		SD_7	,757
		SD_8	,790
		SD_T09	,718
		SD_T10	,773
		SD_T11	,429
		SD_T14	,770

Tabelle 28:

Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im vierten Fallbeispiel zugeordnet werden können

Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse		Fallbeispiel 4: Privatpatient bittet um Psychoanalyse	
Handlungsunterlassung Komponentenmatrix		Handlungsdurchführung Komponentenmatrix	
Komponente 1		Komponente 1	
PP_T09	,867	PP_T01	,667
PP_T10	,900	PP_T02	,740
PP_T11	,890	PP_3	,663
PP_T12	,852	PP_T04	,707
PP_T13	,756	PP_T05	,739
PP_T14	,769	PP_T07	,666
		PP_T15	,530

Tabelle 29:

Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im fünften Fallbeispiel zugeordnet werden können

Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin		Fallbeispiel 5: Sexuelle Handlungen zwischen Therapeut und Klientin	
Handlungsunterlassung		Handlungsdurchführung	
Komponentenmatrix		Komponentenmatrix	
Komponente 1		Komponente 1	
MB_T04	,669	MB_T03	,672
MB_T06	,708	MB_T05	,702
MB_T07	,753	MB_T08	,681
MB_T14	,505	MB_T09	,767
		MB_T10	,864
		MB_T11	,850
		MB_T12	,862
		MB_T13	,666

Tabelle 30:

Unrotierte Komponentenmatrizes der zwei Faktorenanalysen über die Situationsmerkmalsbewertungen, die zum einen der Handlungsdurchführung und zum anderen der Handlungsunterlassung im sechsten Fallbeispiel zugeordnet werden können

Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin		Fallbeispiel 6: Aufklärung des Verwandten einer Chorea-Huntington-Patientin	
Handlungsunterlassung		Handlungsdurchführung	
Komponentenmatrix		Komponentenmatrix	
Komponente 1		Komponente 1	
CH_T07	,803	CH_T06	,685
CH_T08	,685	CH_T09	,702
CH_T13	,687	CH_T10	,861
CH_T14	,597	CH_T11	,744

G 8 Voraussetzungen der multiplen Regressionen der Entscheidungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren

Im Folgenden wird ein Teil der zur Überprüfung der Voraussetzungen der multiplen Regression der Entscheidungen auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren erstellten Diagramme abgebildet (Abschnitt 5. 4. 4. 2.).

Zur Überprüfung der Linearität als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS partielle Regressionsdiagramme mit Anpassungslinien nach der LOWESS Anpassungsmethode (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) erstellt. Die Diagramme wurden ihrer Güte entsprechend geordnet. Hier werden das beste und schlechteste so wie ein aus der Art fallendes Regressionsdiagramm abgebildet.

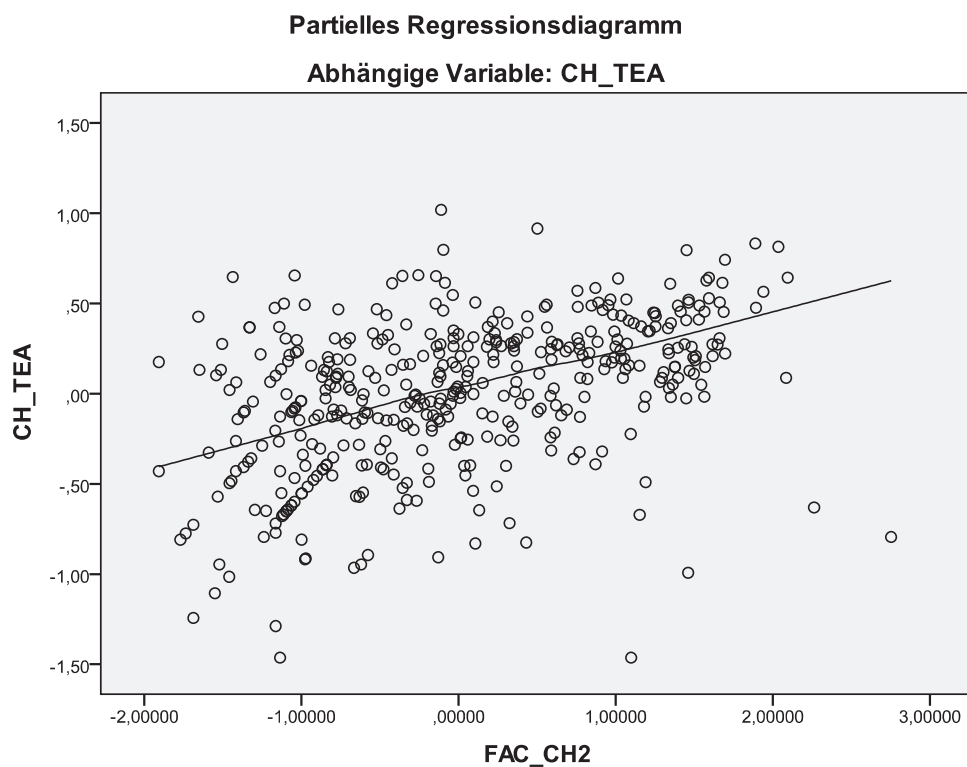


Abbildung 18: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit guter Linearität.

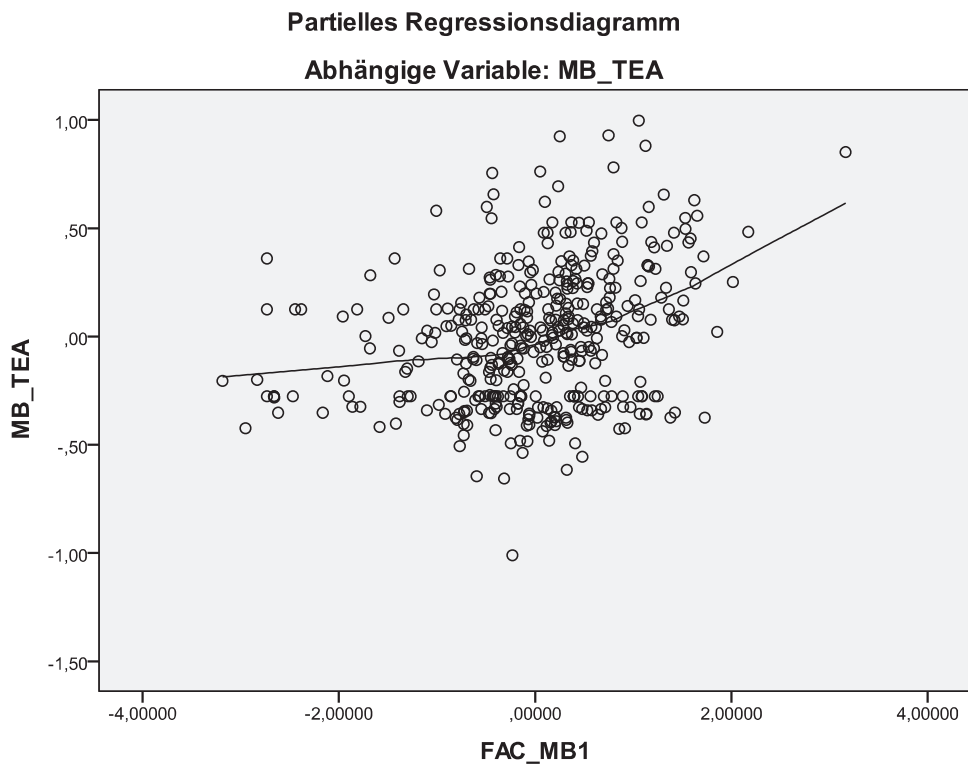


Abbildung 19: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit der stärksten Abweichungen von der Linearität.

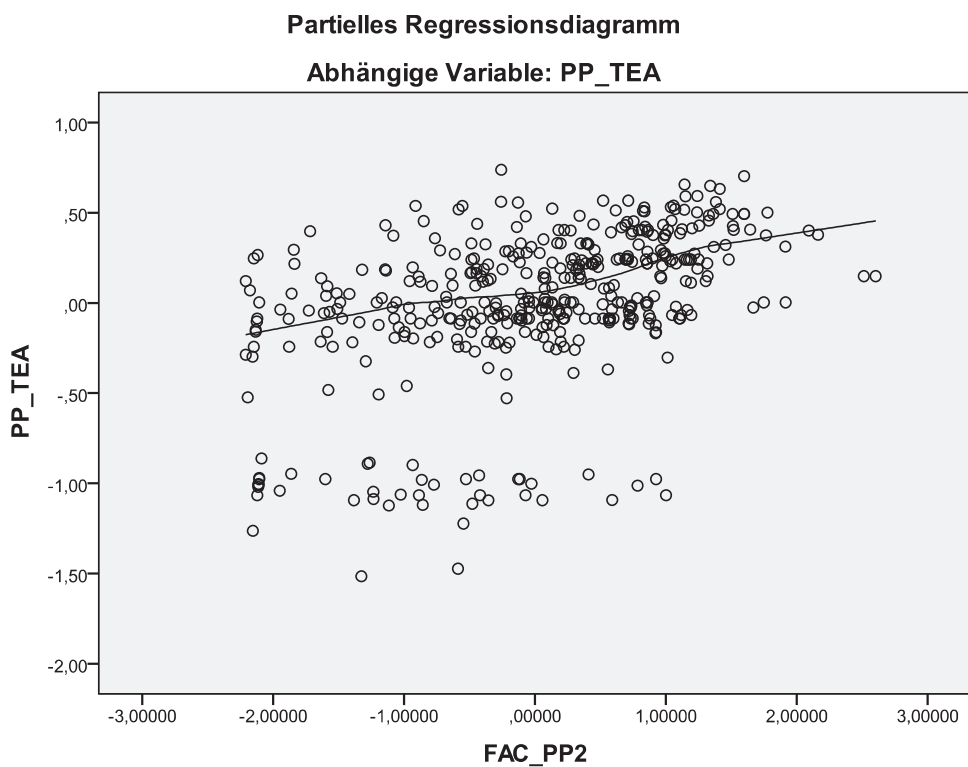


Abbildung 20: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression einer Entscheidung auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren mit atypischer Verteilung.

Zur Überprüfung der Homoskedastizität der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS Scattergramme der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte erstellt.

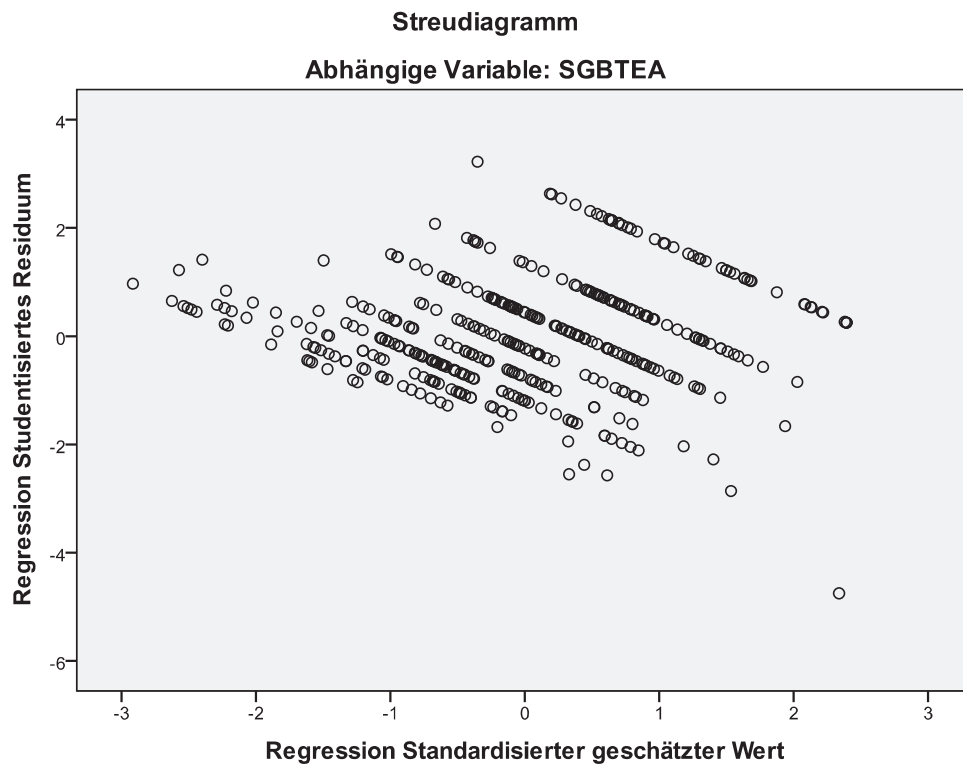


Abbildung 21: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

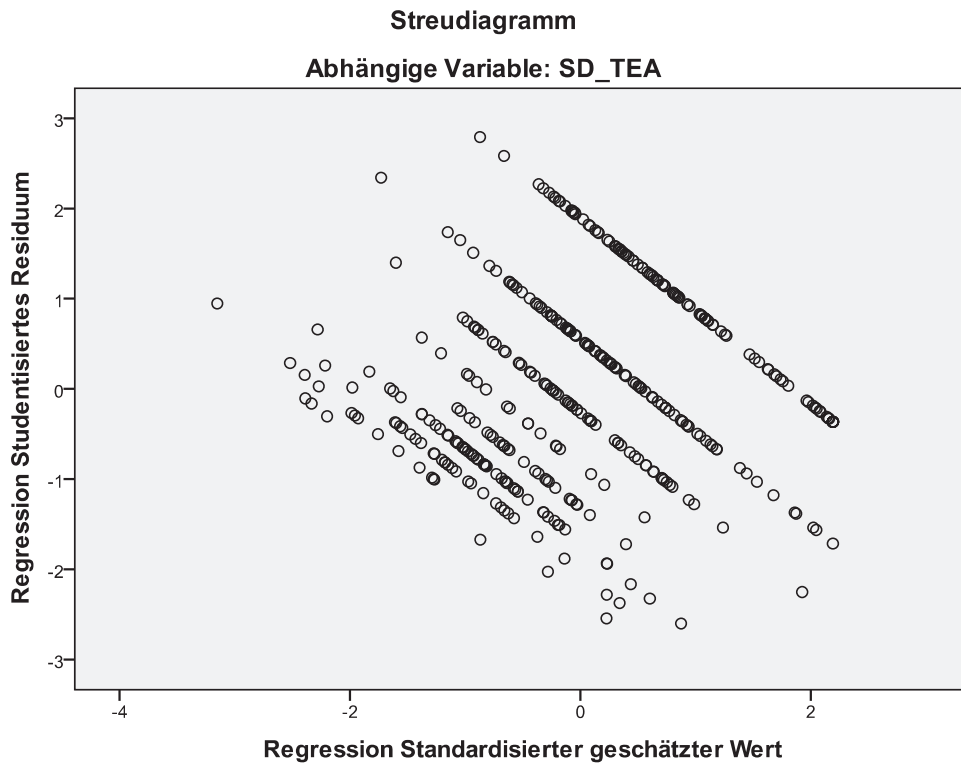


Abbildung 22: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.



Abbildung 23: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

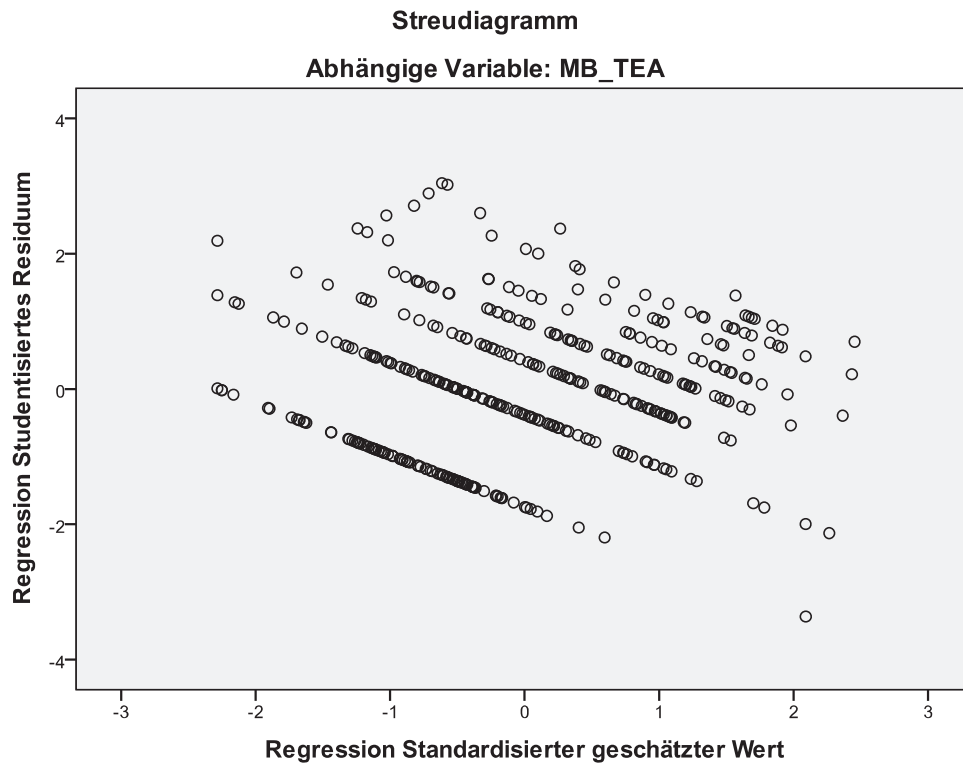


Abbildung 24: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

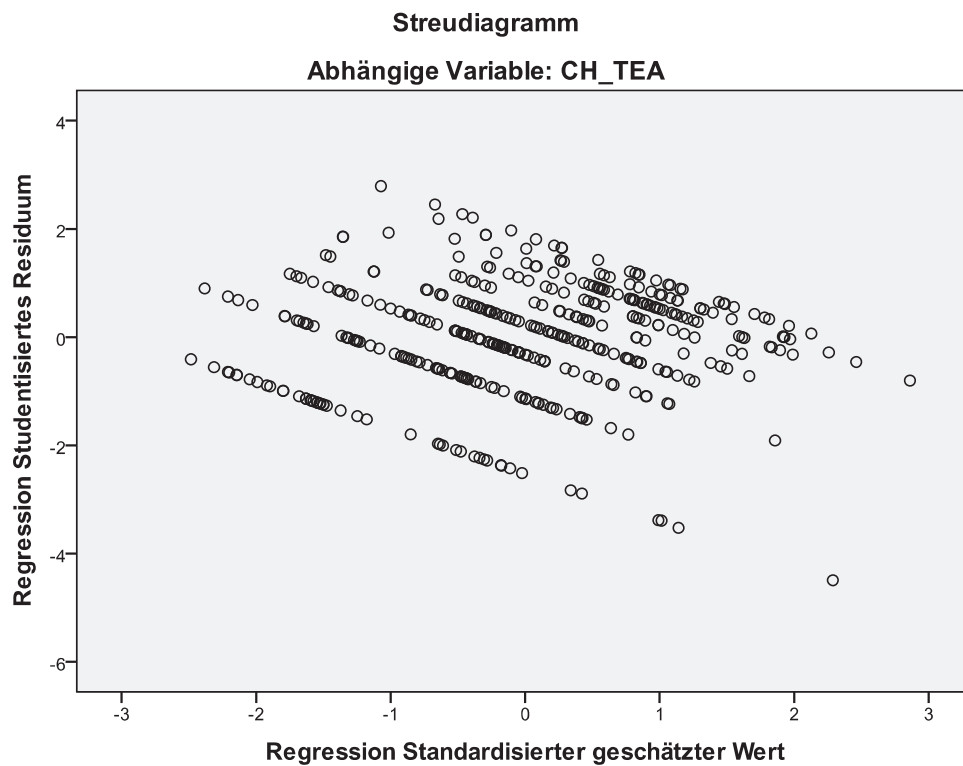


Abbildung 25: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

Zur Überprüfung der Normalverteilung der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS Normal Probability-Probability Plots der studentisierten Residuen erstellt.

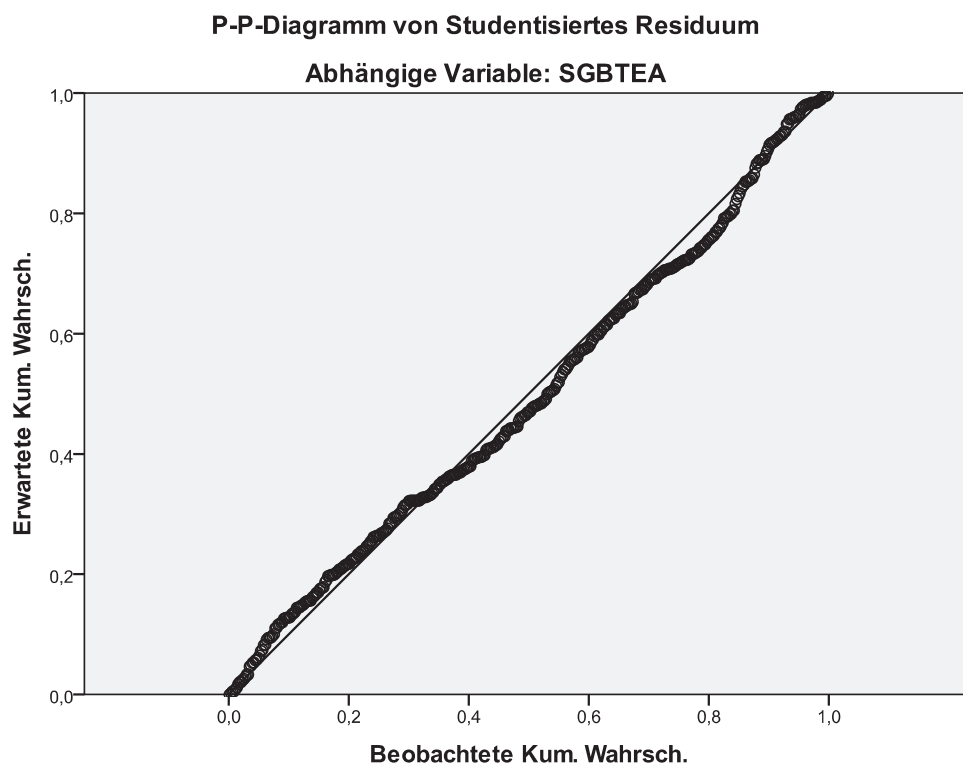


Abbildung 26: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im zweiten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

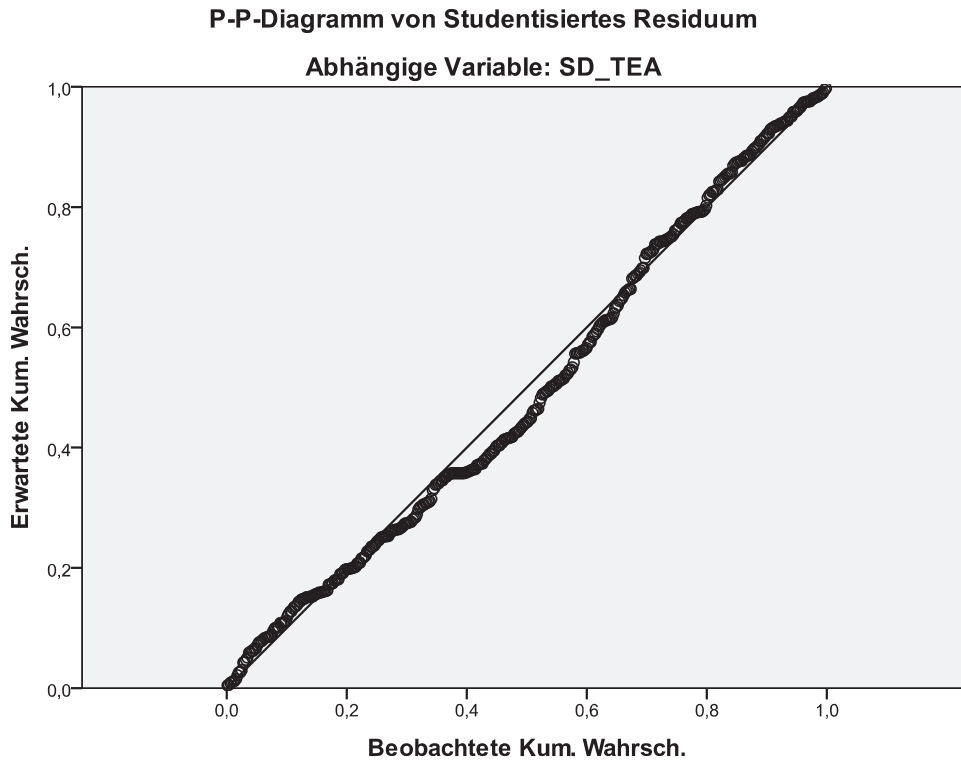


Abbildung 27: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im dritten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

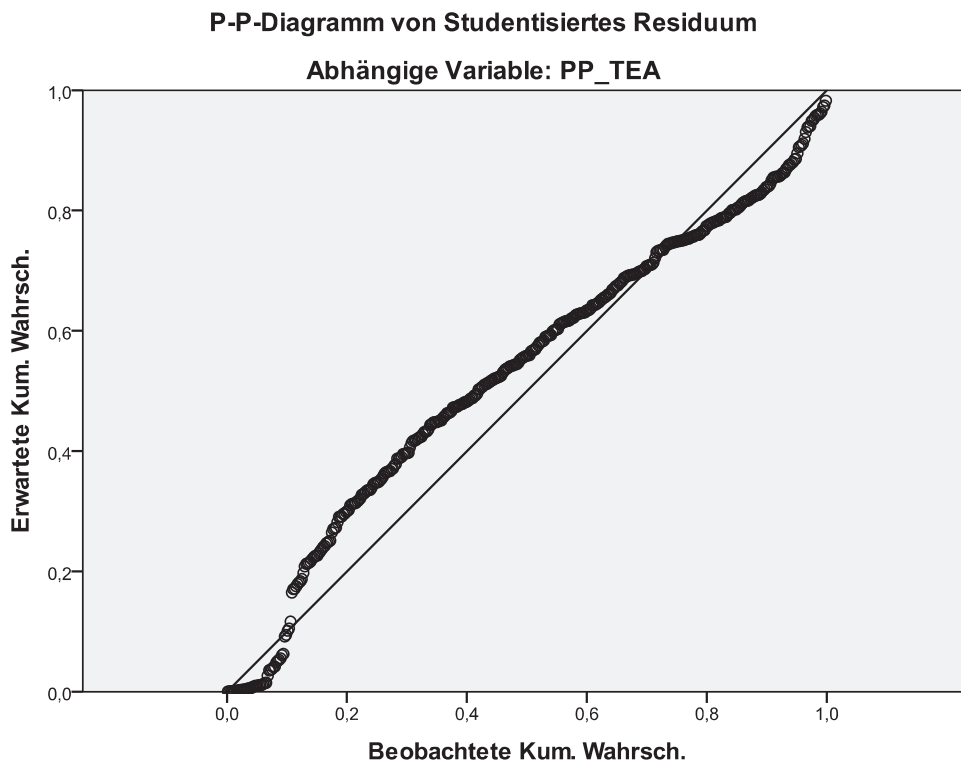


Abbildung 28: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im vierten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

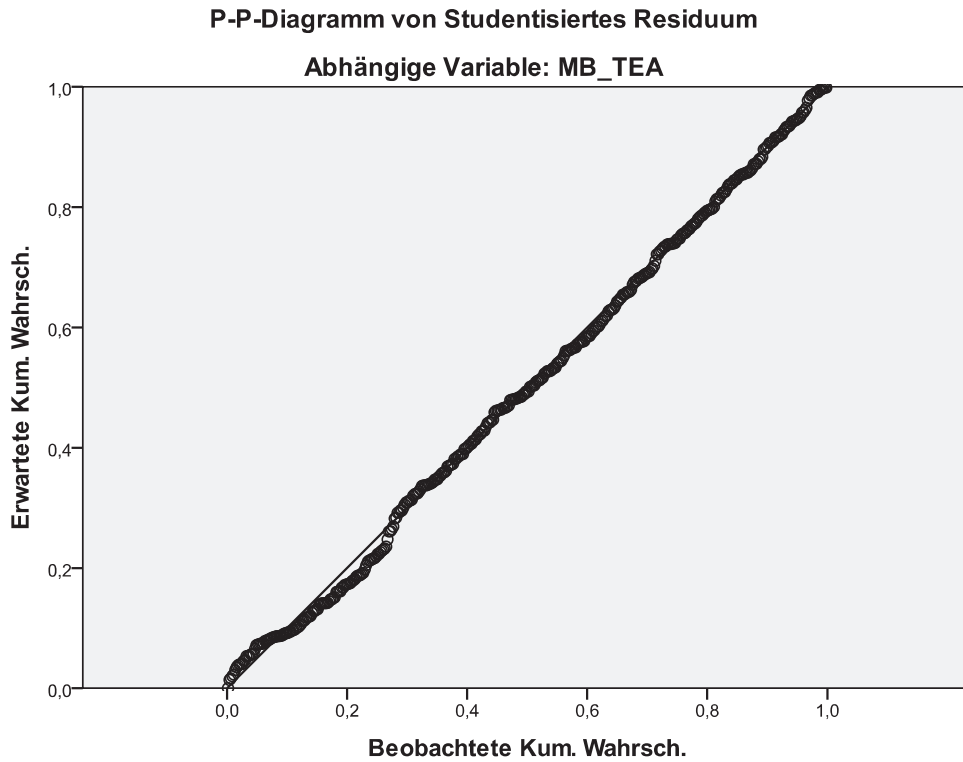


Abbildung 29: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im fünften Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

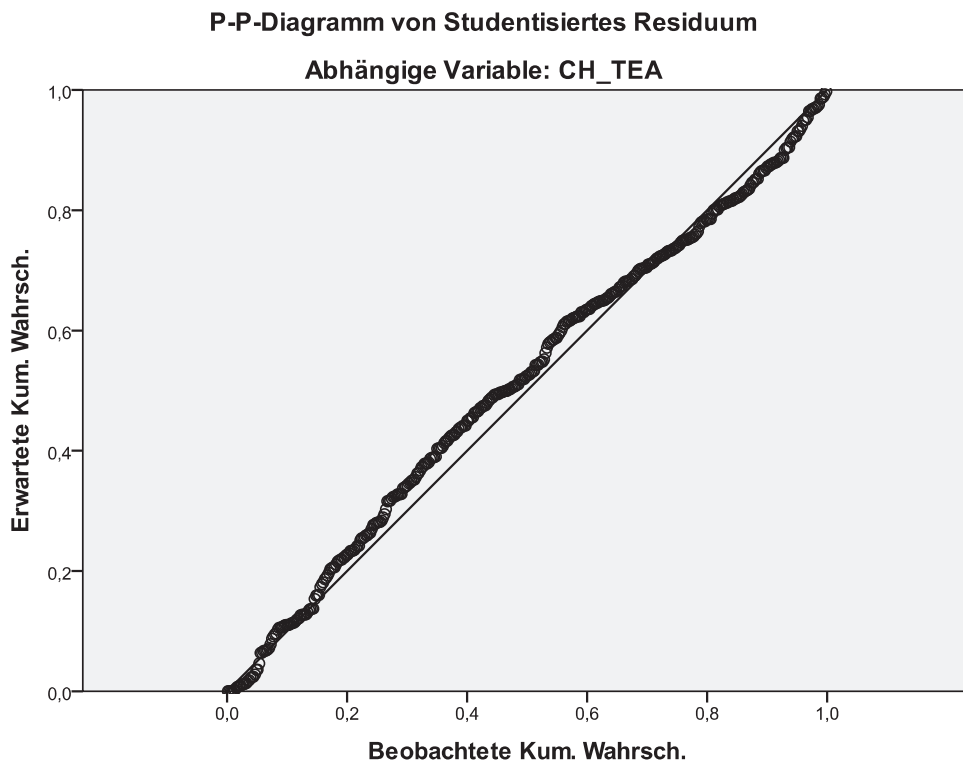


Abbildung 30: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im sechsten Fallbeispiel auf die zugehörigen Handlungsoptionsfaktoren.

G 9 Signifikanzprüfung der Korrelationen zwischen den Handlungsoptionsfaktoren und den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen

Wie im Abschnitt 5. 4. 6. beschrieben, wurde die Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) angewendet, um zu eruieren, wie viele der Korrelationen zwischen den Handlungsoptionsfaktoren und den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen nach der Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeitskorrektur signifikant bleiben. Insgesamt wurden die Signifikanzen von 360 Korrelationen zwischen 45 Items und jeweils acht fallbeispielfremden Faktoren überprüft.

Tabelle 31:

Bonferroni-Holm Prozedur bezüglich der Korrelationen zwischen den Handlungsoptionsfaktoren und den Residuen fallbeispielfremder Situationsmerkmalsbewertungen

Vorgefundene Signifikanzen	$\alpha / (m - k)$		Faktor		Residuum des Items	Determinationskoeffizient
			Fallbeispiel	Handlungsoption		
0,00000002117	$-(0,05/(360))=$	-0,000138868	PP	Durchführen	MB_T14	0,072
0,00000009147	$-(0,05/(360-1))=$	-0,000139184	PP	Durchführen	MB_T06	0,066
0,00000024378	$-(0,05/(360-2))=$	-0,000139421	PP	Unterlassen	SGBT14	0,062
0,00000228310	$-(0,05/(360-3))=$	-0,000137773	PP	Durchführen	SGBT14	0,052
0,00000428007	$-(0,05/(360-4))=$	-0,000136169	CH	Durchführen	SGBT14	0,049
0,00032614461	$-(0,05/(360-5))=$	0,0001853				
...				

G 10 Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen der fünf Fallbeispiele

Im Folgenden werden die Komponentenmatrizes der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren abgebildet (vgl. Abschnitt 5. 4. 7.). Es wurden entsprechend der Parallelanalyse (Horn, 1965) 18 Faktoren extrahiert. Als erstes wird die Parallelanalyse, anschließend die unrotierte Komponentenmatrix und als letztes die rotierte (Varimax) Komponentenmatrix abgebildet. Die Buchstabenfolge „ZRE“ steht für standardisiertes Residuum.

Tabelle 32:

Parallelanalyse (Horn, 1965) bezüglich der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren

Komponente	Erklärte Gesamtvarianz Anfängliche Eigenwerte		Differenz der % der erklärten Gesamtvarianz	Komponente	Erklärte Gesamtvarianz Anfängliche Eigenwerte	
	Gesamt	% der Varianz			Gesamt	% der Varianz
	Residuen			Binomiale Zufallsvariablen		
1	2,914	6,475	2,611	1	1,739	3,864
2	2,505	5,567	1,925	2	1,639	3,643
3	2,133	4,741	1,187	3	1,599	3,554
4	1,910	4,244	0,800	4	1,550	3,444
5	1,793	3,985	0,835	5	1,418	3,151
6	1,758	3,906	0,815	6	1,391	3,091
7	1,657	3,683	0,630	7	1,374	3,053
8	1,630	3,621	0,612	8	1,354	3,009
9	1,571	3,491	0,514	9	1,340	2,977
10	1,530	3,400	0,499	10	1,305	2,901
11	1,485	3,300	0,488	11	1,265	2,811
12	1,412	3,138	0,409	12	1,228	2,729
13	1,314	2,920	0,269	13	1,193	2,651
14	1,268	2,818	0,212	14	1,173	2,606
15	1,217	2,705	0,139	15	1,155	2,567
16	1,150	2,555	0,054	16	1,126	2,501
17	1,139	2,530	0,086	17	1,100	2,444
18	1,076	2,392	0,011	18	1,072	2,381
19	1,043	2,318	-0,010	19	1,048	2,328
20	...	...		20	...	...

Tabelle 33:

Unrotierte Komponentenmatrix der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren

		Unrotierte Komponentenmatrix																	
		Komponente																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ZRE_SGB02		,09	,10	,05	,01	,06	,00	,03	-,04	,00	,06	-,02	-,09	,24	,12	,26	-,53	-,17	,42
ZRE_SGB03		,00	-,14	,06	,10	,03	-,15	-,04	-,26	,37	-,42	-,12	,21	-,25	-,07	,39	,14	-,16	,13
ZRE_SGB04		-,01	-,11	,27	-,20	,09	-,09	-,38	-,46	-,17	,09	,36	,03	-,12	-,05	,16	-,17	,07	-,22
ZRE_SGB05		-,04	-,11	,26	-,19	,18	-,20	-,10	-,22	,12	-,14	,07	,22	,00	,22	-,39	-,02	,05	,35
ZRE_SGB08		,01	-,08	,10	,06	,02	,38	-,39	-,03	,01	,25	-,22	-,21	,27	,20	-,16	-,04	-,20	-,30
ZRE_SGB10		,02	,17	-,24	,12	-,16	-,09	,19	,23	-,40	,15	,19	-,15	-,12	-,30	,16	-,14	,38	,06
ZRE_SGB12		-,07	,09	-,16	-,24	,10	-,04	,40	,31	,07	,13	,27	,10	,13	,12	-,08	-,06	,05	-,21
ZRE_SGB14		-,42	,02	-,07	-,06	-,21	-,05	,38	-,10	,09	,08	,27	,10	,13	,03	-,06	,06	-,22	,11
ZRE_SGB17		,11	,20	-,30	,29	,01	-,03	,31	,33	-,01	-,09	-,34	,22	,10	,08	-,09	,14	-,11	,15
ZRE_SGB18		,21	,00	-,16	-,08	-,01	,13	-,19	,15	,40	-,13	-,35	-,44	,01	-,03	,00	,02	,24	-,04
ZRE_SD01		,10	-,15	,03	-,23	,15	,05	-,04	,31	-,07	,00	,08	,19	,13	,18	,22	,33	-,11	-,32
ZRE_SD02		-,11	-,57	-,15	,20	,06	,15	,14	-,01	,12	-,01	,05	-,16	-,03	-,08	,20	,04	-,13	-,04
ZRE_SD03		-,25	-,58	-,11	,32	,29	-,02	,06	-,02	-,15	-,01	-,09	-,01	-,02	,03	-,13	-,06	-,01	,05
ZRE_SD04		-,35	-,45	,08	,11	,31	-,09	,12	-,04	-,24	,04	,00	,03	,12	,09	,08	,10	,10	,05
ZRE_SD06		,50	,23	-,14	,32	-,01	-,35	,03	-,18	,20	,05	,01	-,05	-,06	,02	-,09	-,07	,05	-,26
ZRE_SD07		,60	,22	-,05	,19	,10	-,27	,08	-,11	,04	,12	,15	,10	-,06	-,11	-,18	-,04	-,05	-,16
ZRE_SD08		,35	,41	,03	-,23	-,23	-,12	-,04	-,19	,00	,09	-,12	-,20	,11	,01	,14	,14	-,06	,27
ZRE_SD09		,06	,43	,13	-,55	,08	,13	,20	,00	-,05	-,10	,01	-,03	,13	-,02	-,01	,20	-,09	,01
ZRE_SD10		-,12	,25	,12	-,13	-,07	,29	-,24	,36	-,03	-,16	,08	,08	-,06	,02	,36	-,22	-,28	-,07
ZRE_SD11		-,34	-,01	,14	,13	-,29	,19	-,32	,13	,00	,08	-,21	,16	-,06	,01	-,15	,03	,36	,09
ZRE_SD14		-,44	,04	-,02	-,34	-,30	,13	-,09	,10	,10	-,07	,08	,10	-,07	,05	-,26	-,11	,19	,10
ZRE_PP01		-,51	,43	,11	,33	,01	-,09	-,08	-,02	-,06	-,06	,01	-,12	-,06	-,08	,05	,15	-,04	-,09
ZRE_PP02		,04	-,13	,20	-,12	,19	,09	,23	,05	-,15	-,33	-,06	-,47	-,08	-,33	-,13	-,07	-,16	,06
ZRE_PP03		,21	-,17	-,11	,09	-,47	,06	-,17	-,01	-,10	,38	-,01	,26	-,22	-,17	-,05	,11	-,19	,10
ZRE_PP04		,41	-,43	-,16	-,30	-,05	,01	-,06	,16	,01	,18	,00	,22	-,18	,08	,03	-,03	-,12	,08
ZRE_PP05		-,34	,47	,07	,20	,15	-,06	-,04	-,02	-,15	-,08	-,06	-,08	-,13	,39	-,09	,01	-,03	-,04
ZRE_PP07		-,01	-,02	-,21	,12	-,08	,11	,10	-,31	,38	,03	,17	,08	,53	,22	,17	,03	,24	-,02
ZRE_PP12		,06	-,14	-,14	,09	-,18	-,34	-,29	,24	,05	-,07	,31	-,25	,00	,26	,23	,21	,14	,13
ZRE_PP13		-,03	,22	,13	,31	,10	,23	,06	-,11	-,09	,24	-,14	,26	,25	-,14	,13	-,31	-,02	-,03
ZRE_PP14		-,06	,10	,07	-,08	,13	,32	,16	-,30	,19	,07	-,30	,26	-,04	-,30	,12	,21	,18	-,05
ZRE_PP15		,23	-,17	,11	-,35	,27	-,12	,03	,17	,07	-,13	-,06	,12	,16	-,13	,02	-,22	,33	-,08
ZRE_MB04		-,10	,08	,39	,08	,14	-,53	-,22	,21	-,07	,00	-,15	,11	,28	-,13	,01	,09	-,08	-,01
ZRE_MB06		-,50	-,02	-,03	-,16	-,07	-,08	,11	,03	,43	,35	,07	-,12	-,12	-,26	,03	-,04	-,05	-,05
ZRE_MB07		,14	,07	-,28	,12	-,17	,41	,19	-,23	-,14	-,44	,15	,04	-,23	,33	,02	-,14	,10	-,12
ZRE_MB10		,07	,02	,31	,16	,14	,17	,14	,09	,00	,32	-,01	-,10	-,10	,19	,29	,22	,23	,17
ZRE_MB11		,16	,13	,39	,08	,16	,15	,16	,14	,11	,15	,02	,07	-,37	,21	-,07	,01	-,10	,01
ZRE_MB12		,08	,05	,22	,17	,11	,06	,02	,27	,34	,23	,13	-,07	-,10	,10	,04	-,14	,01	,15
ZRE_MB13		-,16	,00	-,46	-,01	-,21	-,05	-,20	-,08	-,22	-,10	-,03	,03	,29	-,12	-,01	,08	-,17	,06
ZRE_MB14		,53	-,14	-,09	-,05	,12	,23	-,09	-,01	-,26	,09	-,09	-,03	,08	,07	-,08	,09	,03	,21
ZRE_CH06		,12	-,29	,40	,05	-,55	-,11	,23	,06	,08	-,12	-,12	-,12	,11	,07	-,05	-,10	-,09	-,16
ZRE_CH08		-,22	-,01	-,34	-,30	,07	-,25	,07	-,16	-,04	,32	-,42	-,14	-,17	,24	,12	-,14	-,10	-,07
ZRE_CH09		-,09	,22	-,41	-,06	,30	-,09	-,25	,16	,00	-,15	-,13	,32	-,14	-,05	,15	-,11	,10	-,01
ZRE_CH10		,00	,18	-,20	-,06	,36	,25	-,10	-,19	-,08	,21	,28	-,22	-,01	-,10	-,06	,27	-,06	,16
ZRE_CH13		,16	,05	-,03	,29	,14	,28	-,25	,24	,30	-,16	,37	,08	,14	-,25	-,18	,02	-,11	,09
ZRE_CH14		,18	-,03	,49	,05	-,29	,07	,15	-,05	-,30	-,11	-,03	,09	,11	-,04	,16	,13	,14	,00
		Komponente																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

Tabelle 34:

Rotierte Komponentenmatrix (Varimax) der Faktorenanalyse über die Residuen der Situationsmerkmalsbewertungen aller fünf Fallbeispiele nach dem Herauspartialisieren der Handlungsoptionsfaktoren

		Rotierte Komponentenmatrix (Varimax)																	
		Komponente																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
ZRE	SGB02	,05	,07	,03	,05	,00	,05	,02	,01	-,05	-,02	,04	-,05	,03	,01	,07	-,01	-,02	,80
ZRE	SGB03	,00	-,05	-,03	-,03	-,07	,00	-,02	-,02	,02	,01	-,03	,00	-,03	,87	,02	,09	-,04	,00
ZRE	SGB04	,01	,00	-,07	,07	,06	-,03	,02	-,87	-,04	,01	,02	,08	,13	,05	-,04	,03	-,04	,01
ZRE	SGB05	,04	,00	,07	,06	,03	,07	,09	-,11	,03	-,05	,10	,02	,13	,10	-,01	,18	-,74	,03
ZRE	SGB08	-,04	-,08	,07	,11	-,01	-,01	,04	-,14	,02	,10	-,17	,05	-,28	-,41	,04	,61	,19	,04
ZRE	SGB10	-,05	,01	-,04	,02	,06	-,05	-,06	,02	-,02	-,08	-,02	,01	,01	-,26	-,07	-,78	,25	,04
ZRE	SGB12	,10	,07	-,03	-,30	,04	,08	-,08	,19	-,03	-,07	,42	,03	,31	-,29	,09	-,06	,10	-,09
ZRE	SGB14	-,11	,01	,17	-,40	-,06	-,10	-,07	,12	-,03	-,01	-,11	-,08	,50	-,01	,23	-,02	-,08	,02
ZRE	SGB17	-,04	-,01	-,12	,13	,01	-,04	,00	,79	-,01	,06	,00	,10	,06	,03	-,04	-,04	,05	,02
ZRE	SGB18	,08	,12	,00	-,07	,01	,01	-,06	,14	,00	-,09	,09	-,11	-,78	,02	,10	,09	,07	-,04
ZRE	SD01	,22	,03	,12	,17	,05	,07	,14	,03	,00	-,15	,29	,09	,21	,01	,02	,27	,36	-,32
ZRE	SD02	,20	-,53	,09	-,14	-,02	,01	-,10	,00	,03	-,06	-,10	-,23	-,03	,17	,17	,05	,25	-,01
ZRE	SD03	,03	-,78	,07	,05	,05	-,05	,02	,07	-,06	,00	-,02	-,09	,03	-,01	-,02	,04	-,11	,00
ZRE	SD04	-,05	-,58	,24	,13	,06	,03	,19	-,06	-,17	-,01	,12	-,09	,21	,01	,15	-,03	-,05	-,06
ZRE	SD06	-,06	,10	-,81	,02	-,07	,02	-,05	,03	,00	-,06	-,02	,11	-,16	,03	,07	-,03	-,01	-,02
ZRE	SD07	,13	,16	-,76	,10	,04	,07	,03	,01	,12	,04	,00	,02	,07	-,06	-,06	-,07	-,05	-,03
ZRE	SD08	,04	,64	-,12	,16	,04	-,03	,11	,02	-,18	-,07	-,22	-,11	-,10	,06	,17	-,06	-,03	,17
ZRE	SD09	-,02	,62	,17	,04	,14	,02	,01	,05	-,07	,14	,25	-,27	,17	-,05	,02	,08	-,01	-,11
ZRE	SD10	-,09	,25	,33	-,02	-,01	,04	-,08	-,07	,21	-,05	,12	,13	,06	,10	-,35	,15	,43	,26
ZRE	SD11	-,17	-,08	,41	,00	-,16	,03	,06	,00	,10	,11	-,21	,42	-,27	-,13	-,06	-,10	-,16	-,13
ZRE	SD14	-,05	,15	,49	-,34	-,10	-,13	-,16	-,05	,04	-,02	,05	,19	-,02	-,16	-,09	-,05	-,29	-,10
ZRE	PP01	-,74	,02	,07	-,13	,08	-,01	,13	,00	,04	,02	-,15	,05	,06	,06	-,07	-,07	,11	-,08
ZRE	PP02	-,03	-,07	,07	,04	-,06	-,02	-,01	-,02	,07	,07	,11	-,76	-,13	,01	-,24	-,07	-,02	,02
ZRE	PP03	,41	,04	-,06	-,02	-,10	-,06	,03	,00	,04	,04	-,62	,27	,11	-,04	-,15	-,08	,08	-,09
ZRE	PP04	,74	-,04	-,02	,05	,02	,06	-,05	,01	-,10	-,14	-,02	,12	,04	,03	-,17	,08	,01	-,03
ZRE	PP05	-,67	,06	,02	,07	,14	,13	-,10	,09	-,17	-,10	,02	,12	,09	-,08	-,15	,13	-,09	,04
ZRE	PP07	-,01	-,01	-,06	-,08	,00	-,11	-,15	,00	,09	,02	,11	,22	-,01	,03	,80	,11	,00	,12
ZRE	PP12	,01	-,02	,01	,05	,01	,00	,10	-,05	,05	-,78	-,05	,14	-,11	,10	,16	-,14	,08	-,04
ZRE	PP13	-,16	-,07	-,08	,10	-,02	,06	,08	,01	,10	,52	-,04	,21	,10	-,13	,07	-,02	,18	,37
ZRE	PP14	,03	,10	,10	-,03	,12	,09	-,01	,01	-,05	,66	-,01	,02	-,10	,24	,20	-,03	,03	-,21
ZRE	PP15	,32	,00	-,01	,08	-,08	,01	,17	-,10	,03	,10	,60	-,01	-,17	-,01	-,02	-,11	-,10	,02
ZRE	MB04	-,22	,00	-,06	,10	-,16	-,05	,75	,00	,04	-,08	,14	,07	,08	,06	-,12	,05	-,06	,02
ZRE	MB06	-,04	-,03	,16	-,78	,06	,08	,17	-,09	-,10	,08	-,08	-,03	-,02	,01	,08	-,06	,06	-,05
ZRE	MB07	-,09	,00	-,04	,24	-,06	-,07	-,87	,02	,04	-,01	,04	,04	,05	,08	,02	-,03	,03	-,01
ZRE	MB10	-,03	-,03	,13	,19	,08	,63	,10	,01	-,09	,00	-,11	,02	-,02	-,01	,23	-,13	,13	,00
ZRE	MB11	-,02	,07	-,09	,02	-,03	,64	-,08	,05	,04	,08	-,03	-,01	,11	,00	-,23	,14	-,05	-,03
ZRE	MB12	,02	-,02	-,05	-,19	,01	,51	,08	,07	,20	-,10	,00	,07	-,09	-,04	,01	,02	,01	,22
ZRE	MB13	-,02	,00	,10	,03	,13	-,65	,02	,12	-,01	-,09	-,18	,07	,06	-,04	,06	,01	,09	,04
ZRE	MB14	,41	,04	-,07	,50	,19	,04	-,06	,07	,03	,02	-,11	-,09	-,12	-,18	,02	,03	-,04	,05
ZRE	CH06	,10	,00	-,01	-,03	-,82	,05	,01	,01	-,01	-,08	-,10	-,17	,00	-,02	,06	,09	,01	-,01
ZRE	CH08	,04	-,04	-,01	-,24	,16	-,11	,00	,05	-,80	,00	,00	,08	-,08	-,03	-,08	,10	,03	,10
ZRE	CH09	-,04	,00	-,01	,00	,40	-,21	-,01	,14	-,04	,04	,30	,39	-,11	,22	-,27	-,09	,06	,04
ZRE	CH10	-,04	,07	,00	,02	,67	,04	-,05	-,12	,09	,01	-,16	-,22	,05	-,14	,14	,02	,01	-,06
ZRE	CH13	,03	-,04	-,08	-,06	,20	,01	-,01	,08	,80	-,04	-,02	,01	-,08	,00	-,01	,11	,02	,05
ZRE	CH14	-,01	,15	,11	,43	-,45	,14	,07	-,12	,07	,13	-,07	-,08	,15	,03	,10	-,18	,07	-,08
		Komponente																	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18

G 11 Voraussetzungen der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele

Im Folgenden werden die Modellzusammenfassung und ein Teil der zur Überprüfung der Voraussetzungen der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktorenanalyse der Residuen der Items aller übrigen Fallbeispiele erstellten Diagramme abgebildet (vgl. Abschnitt 5. 4. 8.). Zur Berechnung der schrittweisen multiplen Regression wurden die rotierten (Varimax) Faktoren herangezogen.

Tabelle 35:

Multiple Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen der Items aller übrigen Fallbeispiele

Modell	<i>R</i>	<i>R</i> ²	Korrigiertes <i>R</i> ²	Standardfehler des Schätzers	Änderungsstatistiken					Durbin-Watson-Statistik
					Änderung in <i>R</i> ²	Änderung in <i>F</i>	<i>df</i> 1	<i>df</i> 2	Signifikante Änderung in <i>F</i>	
1	,128	,016	,014	,42874	,016	6,996	1	419	,008	
2	,167	,028	,023	,42676	,011	4,886	1	418	,028	1,999

Zur Überprüfung der Linearität als Voraussetzung der multiplen Regression wurden mittels SPSS partielle Regressionsdiagramme mit Anpassungslinien nach der LOWESS Anpassungsmethode (vgl. Cleveland, 1979; Cleveland & Devlin, 1988) erstellt.

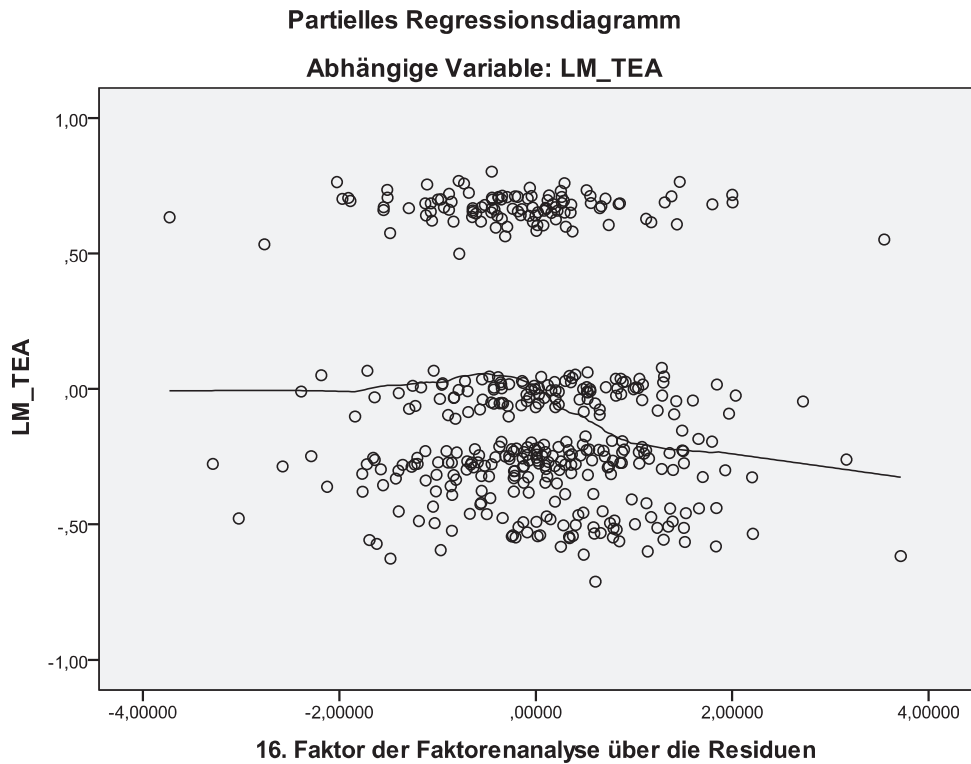


Abbildung 31: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.

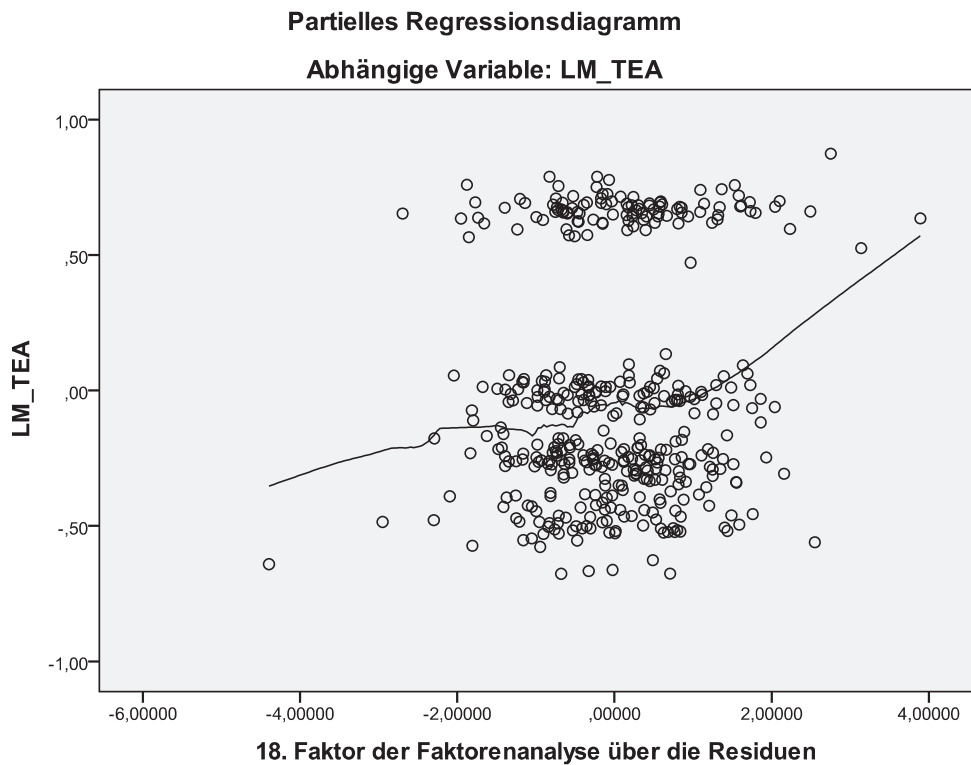


Abbildung 32: Partielles Regressionsdiagramm der multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.

Zur Überprüfung der Homoskedastizität der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurde mittels SPSS ein Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte erstellt.

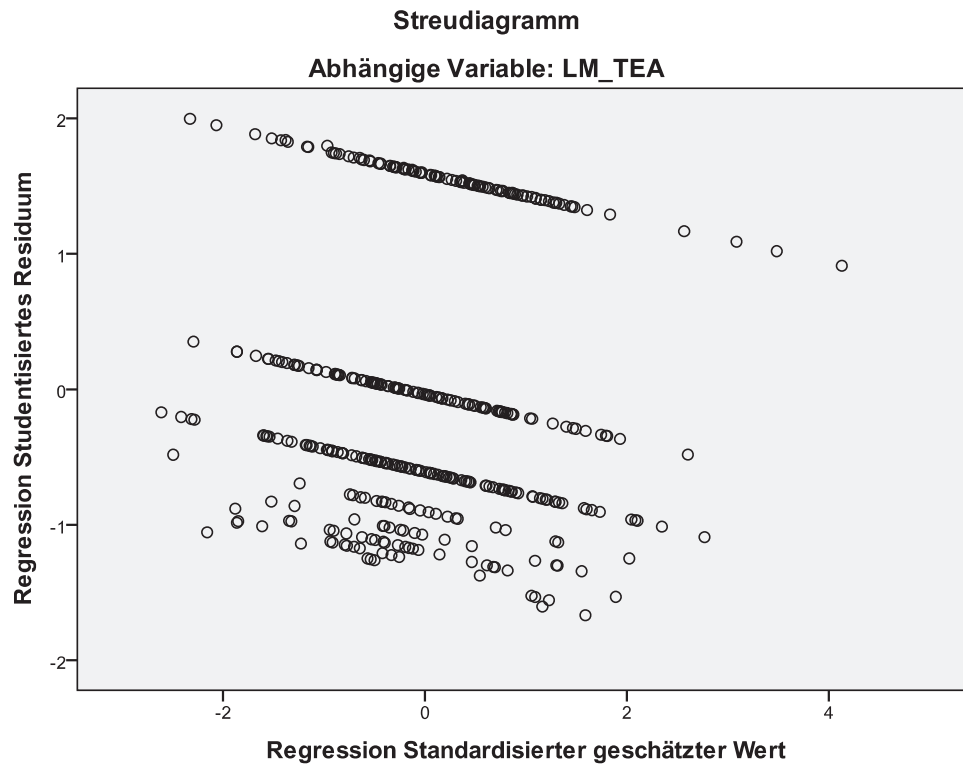


Abbildung 33: Scattergramm der studentisierten Residuen gegen die standardisierten prognostizierten Werte zur multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.

Zur Überprüfung der Normalverteiltheit der Residuen als Voraussetzung der multiplen Regression wurde mittels SPSS ein Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen erstellt.

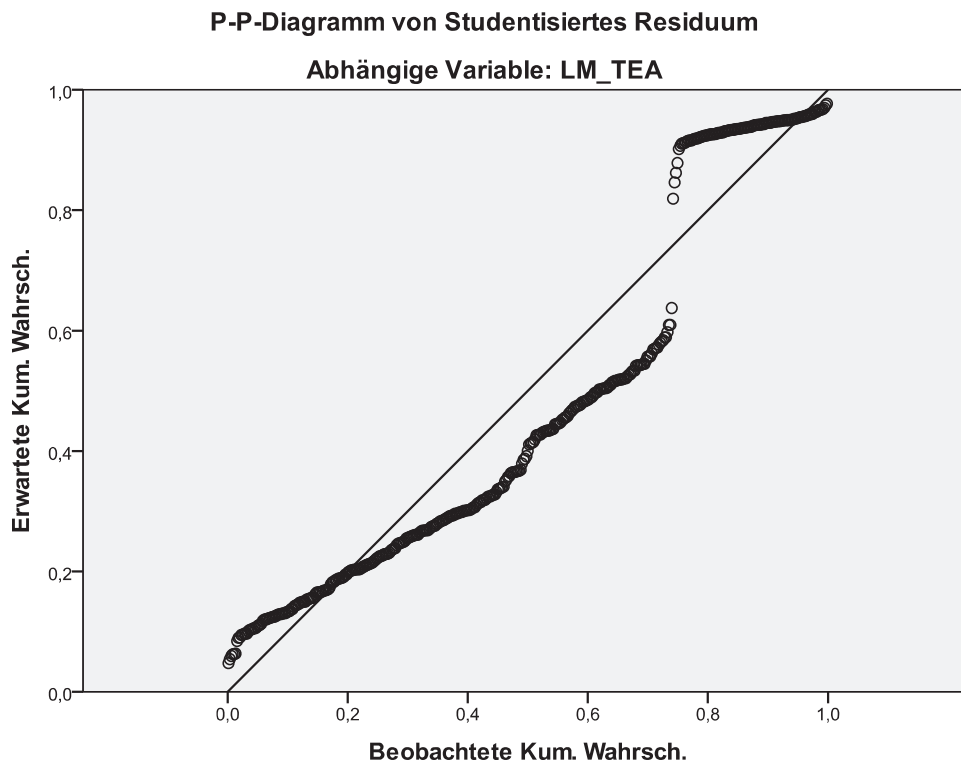


Abbildung 34: Normal Probability-Probability Plot der studentisierten Residuen zur multiplen Regression der Entscheidung im ersten Fallbeispiel auf die Faktoren der Faktorenanalyse über die Residuen aller übrigen Fallbeispiele.

G 12 Signifikanzprüfung der punktbiserialen Korrelationen zwischen dem Geschlecht, der Berufszugehörigkeit und den Situationsmerkmalsbewertungen

Wie im Abschnitt 5. 4. 9. beschrieben, wurde die Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) angewendet, um zu eruieren, wie viele Situationsmerkmalsbewertungen nach der Alpha-Fehler-Wahrscheinlichkeitskorrektur signifikant mit dem Geschlecht und der Berufszugehörigkeit korrelieren. Insgesamt wurden die Signifikanzen von 97 Korrelationen zwischen 97 Items und jeweils der Berufszugehörigkeit und dem Geschlecht überprüft.

Tabelle 36:

Bonferroni-Holm Prozedur (Holm, 1979) bezüglich der Korrelationen zwischen den Situationsmerkmalsbewertungen und dem Geschlecht sowie der Berufszugehörigkeit

Vorgefundene Signifikanzen	$\alpha / (m - k)$		Dichotome Variable	Intervallskalierte Variable	Determinationskoeffizient
0,0002161609	$-(0,05/(97))=$	-0,0002993031	Geschlecht	MB_T13	0,032
0,0038376959	$-(0,05/(97-1))=$	0,0033168626	Geschlecht	...	...
...
Vorgefundene Signifikanzen	$\alpha / (m - k)$		Dichotome Variable	Intervallskalierte Variable	Determinationskoeffizient
0,0005339503	$-(0,05/(97))=$	0,0000184864	Beruf	...	...
0,0043678516	$-(0,05/(97-1))=$	0,0038470183	Beruf	...	...
...

Curriculum Vitae

Dissertation

- seit 1 / 2007 Medizinische Fakultät, Universität Basel
- Fakultätsverantwortliche und Dissertationsleiterin:**
Frau Prof. Dr. rer. soc. Stella Reiter-Theil
- Korreferentin:**
Frau Prof. Dr. med. Anita Riecher
- Externer Gutachter:**
Herr Prof. Dr. phil. Günter Krampen

Selbstständige Berufstätigkeit

- seit 7 / 2010 Datenauswertung von wissenschaftlichen Projekten
- seit 7 / 2008 Psychologische Beratung und Therapie
- seit 6 / 2007 Sozialpädagogische Familienhilfe für das Landratsamt Lörrach

Zulassung zur Psychotherapie nach HPG

- 5 / 2008 Erwerb der staatlichen Zulassung zur Psychotherapie nach Heilpraktikergesetz (HPG, Deutschland)

Weiterbildungen und Kolloquien

- 10 / 2011 Weiterbildung: „Effizient schreiben – ohne Zeitverlust zur wissenschaftlichen Publikation“, Advanced Study Centre Universität Basel
- 9 / 2009 Kolloquium: “First International Colloquium PhD Medical and Health Ethics”
- 8 / 2008 – 6 / 2009 Weiterbildung: „Competent Communicator“, Toastmasters International
- 3 / 2006 – 3 / 2007 Fernlehrgang: „Berater/in für Ethik im Gesundheitswesen“, Centrum für Kommunikation Information Bildung, Nürnberg

Hochschulbildung

- 10 / 2000 – 6 / 2006 Psychologiestudium, Universität Trier, **Diplom-Psychologe**

Handwerkliche Ausbildung, Zivildienst und Schulbildung

- 9 / 1997 – 7 / 2000 Hammerl GmbH, München, **Schreiner Geselle**
- 9 / 1996 – 9 / 1997 Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München, geschlossene Abteilung, Patientenbetreuung
- 9 / 1994 – 6 / 1996 Helmholtz gymnasium, Essen, **Abitur**
- 7 / 1993 – 8 / 1994 Nickerson High-School, Kansas, **Diploma**

Mitgliedschaften

seit 4 / 2007 Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen
seit 9 / 2001 Mensa in Deutschland e.V.

Publikationen

Hollwich, S. (2008). *Berufsethische Kompetenzen von Psychologiestudierenden – Eine Fragebogenstudie*. Saarbrücken: Verlag Dr. Müller.
Hollwich, S. (2008). Gehört Ethik ins Curriculum? Berufsethische Kompetenzen Psychologiestudierender. *Report Psychologie*, 33 (5), 261-262.

Schriftliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die Dissertation

*Deskriptive und präskriptive Aspekte des Entscheidens im medizinischen und
psychologischen Berufskontext*

nur mit der darin angegebenen Hilfe verfasst und bei keiner anderen Universität und keiner anderen Fakultät der Universität Basel eingereicht habe.

Ich bin mir bewusst, dass eine unwahre Erklärung rechtliche Folgen haben kann.

Basel, 16.12.2011

Sebastian Hollwich