

Zweitveröffentlichung/ Secondary Publication



Staats- und
Universitätsbibliothek
Bremen

<https://media.suub.uni-bremen.de>

Darmann-Finck, Ingrid ; Duveneck, Nicole ; Richter, Miriam

Ethik lehren und lernen

Journal Article as: peer-reviewed accepted version (Postprint)

DOI of this document* (secondary publication): <https://doi.org/10.26092/elib/3569>

Publication date of this document: 06/01/2025

* for better findability or for reliable citation

Recommended Citation (primary publication/Version of Record) incl. DOI:

Darmann-Finck, I., Duveneck, N. & Richter, M. (2014). Ethik lehren und lernen. *intensiv - Fachzeitschrift für Intensivpflege und Anästhesie*, 22 (5), 262-269. © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York. ISSN: 0942-6035. DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0034-1389578>

Please note that the version of this document may differ from the final published version (Version of Record/primary publication) in terms of copy-editing, pagination, publication date and DOI. Please cite the version that you actually used. Before citing, you are also advised to check the publisher's website for any subsequent corrections or retractions (see also <https://retractionwatch.com/>).

This document is made available with all rights reserved.


Take down policy

If you believe that this document or any material on this site infringes copyright, please contact publizieren@suub.uni-bremen.de with full details and we will remove access to the material.

Ethik lehren und lernen

Mit der Weiterentwicklung der medizinischen Möglichkeiten sehen sich gerade Pflegende auf Intensivstationen häufig mit ethisch-moralischen Fragen konfrontiert. Um im Arbeitsalltag die kleinen und großen ethischen und moralischen Probleme besser bewältigen zu können, benötigen sie eine **fundierte Begründungs- und Entscheidungskompetenz**. Wie diese vermittelt und eingeübt werden kann, zeigt der folgende Beitrag.

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck, Nicole Duveneck, Miriam Tariba Richter

 Bis heute ist der Fall einer hirntoten schwangeren Frau aus dem Jahr 1992 unter der Bezeichnung „Erlanger Baby“ im Gedächtnis geblieben. Die bei einem Verkehrsunfall verunglückte 18-jährige Frau war im vierten Monat schwanger¹. Nachdem sie aufgrund der schweren Schädel-Hirn-Verletzungen in der Universitätsklinik Erlangen behandelt wurde, setzte nach drei Tagen ihre Hirntätigkeit aus und ihr klinischer Tod wurde festgestellt^{2,3}. Trotz des Hirntods blieb die Schwangerschaft intakt und der Herzkreislauf stabil, weshalb die bestehende intensivmedizinische Therapie fortgesetzt wurde. Das ad hoc einberufene Konsilium, das aus Ärzten verschiedener Fachrichtungen, einem Gerichtsmediziner und einem Juristen bestand – Frauen waren nicht vertreten –, entschied, die Körperfunktionen der Frau aufrechtzuerhalten. Ethisch und medizinisch nicht gerechtfertigt erschien den Gremiumsmitgliedern der Abbruch der intensivmedizinischen Maßnahmen³, der Embryo sei frühestens nach 13 Wochen als Frühgeburt per

Kaiserschnitt zur Welt zu bringen. Begründet wurde diese Entscheidung mit der vollen Bejahung der Schwangerschaft durch die junge Frau, obwohl der Kindsvater nicht allgemein bekannt war, und die Bereitschaft der Eltern, für das Kind ihrer Tochter zu sorgen². Daneben kam der leitende Oberarzt aufgrund einer Literaturrecherche zu dem Schluss, dass das Kind keine bleibenden physischen und psychischen Schäden haben muss. In der 19. Schwangerschaftswoche trat dann ein Spontanabort ein, woraufhin die Behandlung umgehend beendet wurde³.

Vor dem Hintergrund dieser Fallgeschichte wird das Konfliktfeld der beruflichen Pflegepraxis deutlich spürbar, denn ethische Entscheidungen sind nicht gegenstandslos. Das hochtechnisierte Medizinsystem stellt Pflegende vor vielerlei Herausforderungen, besonders hinsichtlich der Fragen des Menschseins. Speziell im akutmedizinischen Bereich wie den Intensivstationen sind Pflegende durch die vielfältigen, im hohen Grade spezialisierten therapeutischen Möglichkeiten mit ethischen Folgeproblemen

konfrontiert^{4,5}. Die Wertekonflikte um den Umgang mit menschlichem Leben bestimmen den professionellen Berufsalltag auf exponierte Weise.

In diesen moralisch relevanten Konflikt- und Dilemmasituationen benötigen Pflegende die Fähigkeit, ethische Bewertungsmaßstäbe begründen zu können, wobei davon ausgegangen wird, dass dies im Rahmen wechselseitiger Verständigung über unterschiedliche Werte, Perspektiven und Einschätzungen beteiligter Akteurinnen und Akteure erfolgt. Im Mittelpunkt dieses Beitrags stehen daher die Fähigkeit des moralischen Urteilens und zwei ausgewählte Lehr-Lernarrangements, anhand derer sich diese Fähigkeit fördern lässt. Nach der Erläuterung der erforderlichen Kompetenzen zur ethischen Urteilsbildung werden exemplarisch die Methode der Dilemmadiskussion und die ethische Fallbesprechung nach dem Nijmegenmodell vorgestellt.

Moralische Kompetenz

Psychologische Indikatoren einer persönlichen Moral bestehen erstens in dem Wissen über geltende Normen, zweitens in den Urteilen über das, was moralisch geboten ist, drittens im Verhalten, das entweder normentsprechend oder -abweichend sein kann, und viertens in moralischen Gefühlen (z. B. Schuld aufgrund von unmoralischem Verhalten)⁶. Diese Indikatoren und Determinanten moralischer Kompetenz sind – wenn auch vielleicht in unterschiedlichem Ausmaß – letztlich gleichermaßen relevant für das moralische Handeln in der Intensiv- und Anästhesiepflege und sollten somit auch Gegenstand der Fachweiterbildung sein. Aufgrund der Zielsetzung des vorliegenden Beitrags gelangt etwa nicht die Fähigkeit in den Blick, auf der Basis der in einer Situation für richtig gehaltenen Normen zu handeln, beispielsweise beobachtete Misshandlungen von Patientinnen und Patienten durch Ärztinnen und Ärzte oder Kolleginnen und Kollegen zur Sprache zu bringen. Menschen im Alter der Intensivpflegenden sind i. d. R. in der Lage, den Sinn der Norm des Schutzes der körperlichen, leiblichen und psychischen Unversehrtheit für die Gemeinschaft kognitiv einzusehen und in der Verletzung dieser Norm eine Gefährdung des sozialen Zusammenhalts und der gegenseitigen Verantwortlichkeit zu erkennen. Daher besteht in diesen Situationen die Herausforderung vor allem darin, diese Norm entgegen ihren Bedürfnissen, Affekten, Vorurteilen, Motiven, Interessen, sozialen Zwängen und entsprechenden Ängsten zu realisieren⁶. Die hierzu notwendigen Fähigkeiten lassen sich unter dem Begriff der Ich-Stärke zusammenfassen⁶. Für den Erwerb von moralischen Kompetenzen in ihrer Breite sind von Lempert⁷ förderliche Bedingungen der beruflichen Sozialisation identifiziert worden. Sie können mit den Stichworten

- offene Konfrontation mit sozialen Problemen und Konflikten,
 - zuverlässige Wertschätzung,
 - zwanglose Kommunikation und Mitbestimmung und
 - Übertragung von fähigkeitsangemessenen Aufgaben
- zusammengefasst werden. Diese Kriterien können als Maßstab für eine kompetenzförderliche Kommunikationskultur sowohl auf den Stationen als auch im Rahmen der Fachweiterbildung gelten.

Moralisches Urteilen entzündet sich an moralischen Dilemmasituationen. Als moralische Dilemmata werden Situationen be-

TABELLE 1: STUFEN DER MORALISCHEN ENTWICKLUNG (NACH KOHLBERG¹⁰)

Niveau I: Prämoralisch	
Stufe 1	Orientierung am eigenen Wohlergehen
Stufe 2	Orientierung an strategischer Tauschgerechtigkeit
Niveau II: Moral der konventionellen Rollenkonformität	
Stufe 3	Orientierung an Erwartungen und Bezugspersonen
Stufe 4	Orientierung an der Gesellschaftsverfassung
Niveau III: Moral der selbst-akzeptierenden moralischen Prinzipien	
Stufe 5	Orientierung am Sozialvertragsdenken
Stufe 6	Orientierung an universalen Prinzipien

zeichnet, in denen mehrere Verpflichtungen miteinander kollidieren, aber nur eine erfüllt werden kann, was die Verletzung der anderen Verpflichtungen zur Folge hat⁸. Ethik-Konzepte lassen sich danach unterscheiden, welche Kriterien zur Begründung einer moralischen Entscheidung sie jeweils zugrunde legen.

Das Konzept von Kohlberg

Kohlberg⁹ etwa repräsentiert das Konzept des ethischen Universalismus. Er bestimmt das Postulat der Gerechtigkeit als Hauptdimension von Moral. Die Konzentration auf die Verpflichtung zur Gerechtigkeit resultiert aus der Suche nach Werten, auf die sich alle Personen, ungeachtet der Unterschiedlichkeit ihrer speziellen Ziele, einigen können, d. h. leitend sind Verallgemeinerbarkeit sowie kulturelle und soziale Universalität der Werte⁹. Die Anwendung des Prinzips der Gerechtigkeit verpflichtet dazu, bei der Urteilsfindung die Perspektiven von allen in der konkreten Dilemmasituation beteiligten Personen zu berücksichtigen⁹. Dies erfolgt bei Kohlberg durch das kognitive Hineinversetzen in die Lage jeder an dem Dilemma (potenziell) beteiligten Person (ideale Rollenübernahme).

Neben der normativen Theorie der Gerechtigkeit entwickelte Kohlberg zudem eine psychologische Theorie der Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit⁹, in der er drei Hauptentwicklungsstufen unterscheidet¹⁰ (→ **Tab. 1**). Während auf der ersten Stufe egozentrische Motive im Vordergrund stehen, werden auf den darauf folgenden Stufen immer mehr Perspektiven in das eigene Urteil einbezogen. Auf der höchsten Entwicklungsstufe folgt das moralische Urteil selbstgewählter universaler Prinzipien der Gerechtigkeit, was bedeutet, dass alle Menschen die gleichen Rechte haben und die Würde des Einzelwesens zu achten ist¹⁰. Diese Stufe setzt voraus, dass die Fähigkeit zur Rollenübernahme voll ausgeprägt ist, was bedeutet, dass soziale Situationen von unterschiedlichsten Standpunkten gesehen und bewertet werden können. Kohlberg zufolge stehen moralische Urteilsfähigkeit und

die Fähigkeit zur Rollenübernahme und zum Perspektivenwechsel in engem Zusammenhang, moralische Kompetenz ist demnach als Teilkompetenz der sozialen Kompetenz zu betrachten¹².

Das Konzept von Habermas

Habermas^{13,14} hält in seiner Diskursethik wie Kohlberg am universalistischen Grundsatz und damit am kategorischen Imperativ Kants fest, wonach nur die Normen gültig sind, denen alle möglicherweise Betroffenen zustimmen können. Im Unterschied zu Kohlberg ist bei Habermas die Verallgemeinbarkeit einer Norm aber dadurch gesichert, dass alle von dieser Norm möglicherweise Betroffenen als Teilnehmende eines praktischen Diskurses, also eines handlungsentlasteten, freiwilligen und gleichberechtigten Gesprächs zwischen mündigen Beteiligten über die Richtigkeit von Handlungsnormen ein Einverständnis erzielen, dass diese Norm gilt. Das Einverständnis ist nicht gleichzusetzen mit einem Kompromiss, bei dem ein Ausgleich zwischen einzelnen, einander widerstreitenden Interessen angestrebt wird, sondern es stellt eine neue gemeinsame Einsicht dar¹⁴. Neben den genannten sozialen Kompetenzen sind vor diesem Hintergrund also außerdem sprachlich-kommunikative Kompetenzen und insbesondere die Fähigkeit zur argumentativen Rede, d.h. zur Problematisierung und Begründung von Geltungsansprüchen, essenziell¹².

Die Konzepte im Vergleich

Bei beiden Theorien handelt es sich um universalistische Theorien, die sich mit der Rechtfertigung von Normen auf der Begründungsebene beschäftigen. Habermas zufolge sind moralische Fragen dadurch gekennzeichnet, dass sie grundsätzlich rational entschieden werden können. Von den Begründungsdiskursen unterscheidet Habermas Anwendungsdiskurse, die sich auf die Untersuchung einer konkreten Situation richten, die einer handlungspraktischen Lösung bedarf¹³. Er vergleicht die Rolle der Teilnehmenden von Begründungsdiskursen mit der des Gesetzgebers, der prüfen muss, welche Handlungsweise allgemeine Zustimmung verdient, während sie in Anwendungsdiskursen die Rolle einer Richterin bzw. eines Richters einnehmen, der gültige Prinzipien unparteilich auf einen konkreten Fall anzuwenden hat. In Anwendungsdiskursen werden die empirischen Folgen einer Handlung untersucht, wobei die konkreten Umstände, die individuellen Maßstäbe des guten Lebens und die kulturellen Werte, aus denen sie hervorgehen, in Anschlag gebracht werden. Bei der Normanwendung wird Unparteilichkeit nicht durch den Universalisierungsgrundsatz, sondern durch das Prinzip der Angemessenheit im Lichte des Falls erreicht, wobei auch Ausnahmen von geltenden Regeln begründet werden können¹³. Insbesondere wenn in Anwendungsdiskursen Fragen des „guten Lebens“ im Mittelpunkt stehen, kann ein Konsens nicht unbedingt vorausgesetzt werden¹⁴. Habermas Diskursethik schützt die Freiheit sich selbst bestimmender Individuen, was in der Pflege angesichts der bestehenden strukturellen Macht¹⁵ von Pflegenden unverzichtbar ist.

Mehr Fokus auf der Pflege: das Konzept von Remmers

Vor allem in der Pflege müssen die sich bietenden Handlungsalternativen aber noch stärker im Hinblick auf die mit ihnen ver-

bundenen Handlungsfolgen, insbesondere für die zu Pflegenden und ihre Angehörigen befragt werden, sodass rein universalistische ethische Konzeptionen nicht hinreichend sind. Remmers¹⁶ entfaltet daher eine Verantwortungsethik der Pflege, die er im Spannungsfeld zwischen universalistischer Gerechtigkeitsethik und individualisierender Fürsorge-Ethik anlegt. Dabei greift er auf die Habermas'sche Diskursethik zurück und untersucht Möglichkeiten und Probleme der individualisierenden Anwendung der in Begründungsdiskursen gefundenen universell gültigen Normen auf pflegerische moralische Dilemmasituationen. Inhaltlich schlägt Remmers¹⁶ vier Ebenen vor, anhand derer Folgen und Nebenfolgen von verschiedenen Handlungsmöglichkeiten reflektiert werden müssen, nämlich

1. die Folgen für die Betroffenen und ihre Angehörigen,
2. die Folgen für die Gesellschaft,
3. die Folgen im Hinblick auf professionelle pflegerische Qualitätsstandards und
4. die Folgen für die beteiligten Pflegenden selbst.

Außerdem legt Remmers ein Konzept vor, wie Anwendungsdiskurse in der Pflege praktisch gestaltet werden können. In Anwendungsdiskursen im Handlungsfeld Pflege – so Remmers¹⁶ – ist von dem Prinzip der Erzielung eines gemeinsamen Einverständnisses Abstand zu nehmen. Stattdessen gilt dort, dass das lebensgeschichtlich entwickelte Selbstverständnis und die Wertpräferenzen der zu Pflegenden Vorrang haben und Pflegenden sich in diesem Sinne anwaltschaftlich für die zu Pflegenden einsetzen. Um die konkrete Individualität der Patienten und ihre subjektiven Wertkonzepte ermitteln zu können, favorisiert Remmers das Prinzip der Perspektivenverschränkung, das von den Pflegenden verlangt, sich von der eigenen Sichtweise zu lösen und auf der Basis der gefühlsmäßigen Einstellungen von Anteilnahme und Fürsorge das eigene Vorverständnis an die Sichtweise der zu Pflegenden anzupassen¹⁶.

Sollen Pflegende in die Lage versetzt werden, ethische Bewertungsmaßstäbe auf der Begründungs- wie auch auf der Anwendungsebene begründen zu können, so müssen sie eben das tun, was sie lernen sollen, nämlich im Rahmen von Begründungs- und Anwendungsdiskursen Argumente entwickeln, die Argumente anderer verstehen, eigene Argumente behaupten oder zugunsten anderer besserer Argumente aufgeben und gemeinsam Lösungen finden¹⁷. Im Folgenden werden zwei hierfür geeignete Methoden vorgestellt, wovon sich die eine (Dilemmadiskussion) in erster Linie auf die Begründungsebene, die andere (Nijmegener Methode der Fallbesprechung) auch auf die Anwendungsebene bezieht.

Dilemmadiskussion

Ethische Entscheidungen sind in einem Interaktionsgeflecht zu treffen, in dem verschiedene Personen mit unterschiedlichen Wahrnehmungen und Wirklichkeitskonstruktionen verknüpft sind¹⁸. Dabei sind das theoretisch-ethische Wissen sowie das reflektierte Praxiswissen in Verbindung mit der konkreten Situation zu bringen¹⁹. Mit Fokus auf die Begründungsebene von moralischen Diskursen zielt die Methode der Dilemmadiskussion auf die Förderung der moralischen Urteilsfähigkeit ab²⁰. Erstmals wurde

sie von Blatt und Kohlberg²¹ zur moralischen Bildung vorgeschlagen. Auf Grundlage von Kohlbergs Theorie der Moralentwicklung nimmt die Dilemmadiskussion moralisches Denken, welches sowohl kognitive Fähigkeiten als auch das Vermögen zur sozialen Perspektiven- bzw. Rollenübernahme umfasst, als Teil der Persönlichkeitsentwicklung in den Blick¹¹. Zwar wurde weitreichende Kritik an Kohlbergs Theorie geübt²²⁻²⁴, hingegen ist der Entwicklungsaspekt des Ansatzes äußerst fruchtbar. Moralisches Denken und Handeln ist demnach nicht statisch, sondern entwickelt sich abhängig von der Stimulierung¹¹ und kann so in Bildungsprozessen gezielt gefördert werden.

In Deutschland wurde die Methode maßgeblich von Georg Lind²⁵ weiterentwickelt. Dessen heute sogenannte **Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion**, auf die die weiteren Ausführungen Bezug nehmen, schließt an die ursprüngliche Konzeption an, unterscheidet sich aber auch in der Form sowie im theoretisch-empirischen Fundament von ihr. Während Blatt und Kohlberg in der Dilemmadiskussion die Konfrontation mit Argumenten einer Kohlberg-Stufe über dem eigenen Urteilsniveau der Teilnehmenden fordern, stellt die Konstanzer Methode die Auseinandersetzung mit Gegenargumenten in den Mittelpunkt. Methodisch kommt zudem die rhythmische Abwechslung von Phasen der Unterstützung und der Herausforderung zum Einsatz, um optimale Aufmerksamkeit zu erreichen und sowohl Unter- als auch Überforderung bei den Teilnehmenden zu vermeiden. Wie bei Kohlberg werden in der Konstanzer Methode ebenfalls semi-reale (hypothetische) Dilemmata eingesetzt. Semi-reale Dilemmata zeichnen sich durch einen hohen Realitätsgehalt aus. Sie haben einen starken Fördereffekt²⁵ und eignen sich für die Diskussion besser als reale Dilemmata. Semi-reale Dilemmasituationen unterfordern die Lernenden nicht wie rein abstrakte moralische Auf-

gaben. Sie führen aber auch nicht zu einer Überforderung, wenn z. B. Lernende den Aufgaben, die ihnen ein von ihnen erlebtes Dilemma stellt, noch nicht gewachsen sind bzw. durch ein von ihnen erlebtes Dilemma zu starke Emotionen ausgelöst werden, die der kognitiven Bewältigung entgegenstehen. Erst wenn die Lernenden anhand von semi-realen Dilemmata Lernfortschritte gemacht haben und nur wenn sichergestellt ist, dass Entscheidungen in realen Dilemmadiskussionen ethisch und rechtlich vertretbar sind, ist die Konfrontation mit einem von den Lernenden selbsterlebten Dilemma empfehlenswert²⁵.

Die Dilemmadiskussion zeichnet sich durch ein feststehendes methodisches Ablaufschema (→ **Tab. 2**) aus.

Nachdem sich die Lernenden im ersten Schritt mit der **Fallsituation**, etwa der des eingangs dargelegten „Erlanger Babys“, vertraut gemacht haben, gilt es im Schritt 2, den **Kern des Dilemmas** zu analysieren. Durch denkanregende Fragen, wie „Welche Werte/ethischen Prinzipien geraten miteinander in Konflikt?“, werden die widerstreitenden Verpflichtungen aller Beteiligten offengelegt, sodass sich das zentral bestimmende Dilemma herauskristallisiert. So lernen die Teilnehmenden anhand eines Falls die Natur eines moralischen Dilemmas kennen²⁵. Im „Erlanger Fall“ geht es um die Frage der Fortdauer der bestehenden intensivmedizinischen Therapie. Rechtfertigt das Lebensrecht des ungeborenen Kindes die Aufrechterhaltung der Körperfunktionen der hirntoten Frau oder bedingt das Recht auf ein Sterben in Würde als (postmortales) Persönlichkeitsrecht den Abbruch jeglicher Therapie? An dieser Stelle der Dilemmadiskussion soll noch keine Diskussion geführt werden. Es gilt lediglich, die konfligierenden Handlungsoptionen zu identifizieren und das Dilemma klar zu benennen. Handlungsalternativen, z. B. Abbruch der intensivmedizinischen Behandlung erst bei etwaigen Komplikationen, sollen nicht zugelassen und die

TABELLE 2: ABLAUFPLAN DER DILEMMA-DISKUSSION (MODIFIZIERT NACH DER KONSTANZER METHODE²⁵)

Schritt 1: Kennenlernen der Dilemmasituation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Einführung der Fallsituation durch die Lehrenden ■ Teilnehmende sollen sich in die Dilemmasituation hineinversetzen und die Schwierigkeiten nachfühlen
Schritt 2: Klärung des Dilemmakerns	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dilemmakern wird analysiert: Worin besteht das moralische Problem in der geschilderten Situation?
Schritt 3: Probeabstimmung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Abstimmung zur Frage „War die Entscheidung der Hauptfigur der Dilemmasituation eher richtig oder eher falsch?“
Schritt 4: Diskussionsvorbereitung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bildung von Pro- und Kontra-Gruppen anhand des Abstimmungsergebnisses ■ Vorbereitung der Diskussion in Kleingruppen: Gruppen sammeln Argumente für ihren jeweiligen Entscheid
Schritt 5: Pro- und Kontra-Diskussion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Argumente-Ping-Pong: Teilnehmende rufen sich gegenseitig auf und jede Gruppe nennt abwechselnd ein Argument ■ Notieren der Argumente auf Metaplankarten und Zuordnung zum jeweiligen Meinungslager
Schritt 6: Auseinandersetzung mit Gegenargumenten	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bewertung der Gegenargumente und Bildung einer Rangfolge: Welche Argumente der anderen Gruppe sind am überzeugendsten? ■ Vorstellung des besten Gegenarguments mit Begründung von allen Teilnehmenden
Schritt 7: Schlussabstimmung über Dilemmasituation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Erneute Abstimmung zur Frage „War die Entscheidung der Hauptfigur der Dilemmasituation eher richtig oder eher falsch?“
Schritt 8: Reflexion der Dilemmadiskussion	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reflexion der erlebten Dilemmadiskussion: Wie haben Sie die Diskussion erlebt? Was haben Sie daraus gelernt?

drängende Entscheidung betont werden²⁵. Im Schritt 3, der sogenannten **Probeabstimmung**, werden die Lernenden dazu aufgefordert, die Entscheidung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, die intensivmedizinischen Maßnahmen fortzusetzen, als eher richtig oder eher falsch zu beurteilen. Ziel ist es, dass die Lernenden die Besonderheit von Entscheidungen unter Handlungsdruck verstehen, sich einerseits öffentlich mit einer Meinung zu einer Kontroverse offenbaren und dabei andererseits die Meinungsvielfalt hinsichtlich moralischer Dilemmata anerkennen können. Aus diesem Abstimmungsergebnis werden **Pro- und Kontra-Gruppen** gebildet,

die im anschließenden vierten Schritt in kleineren Gruppen von drei bis vier Teilnehmenden Argumente für ihre Meinung sammeln. Gründe für bzw. gegen die Entscheidung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte werden ausgetauscht und nach ihrem Stellenwert geordnet. Die Teilnehmenden lernen auf diese Weise, die eigene Position durch Begründungen zu stärken sowie argumentativ zu gewichten, denn die infrage kommenden Argumente sind von unterschiedlicher moralischer Qualität²⁵. Im Plenum wird dann auf dieser erarbeiteten Grundlage eine **Pro- und Kontra-Diskussion** in Form eines Argumente-Ping-Pongs geführt (Schritt 5). Jedem Beitrag einer Gruppe folgt die Entgegnung der anderen, sodass Pro- und Kontra-Argumente wechselweise vorgetragen werden. Zugleich werden die Argumente schriftlich festgehalten²⁵. Im sechsten Schritt, der **Auseinandersetzung mit den Gegenargumenten**, wird erneut das Lernziel zur Einschätzung der Qualität moralischer Begründungen fokussiert. Die Lernenden sollen die Argumente der Gegenseite bewerten und sie in eine Rangfolge bringen. In der **Schlussabstimmung** über die Dilemmasituation (Schritt 7) wird – wie in Schritt 3 – über die Angemessenheit der Entscheidung der zentral handelnden Personen, d.h. der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, abgestimmt, um im abschließenden achten Schritt die **Dilemmadiskussion** als solche zu **reflektieren**²⁵.

Methodisch fokussiert die Dilemmadiskussion die Perspektivübernahme bzw. das Hineinversetzen in die Rolle der anderen als fundamentale Voraussetzung für die Entwicklung des moralischen Urteils, angeregt durch die Konfrontation mit einer spezifischen Fallsituation. Insbesondere durch die Bewertung der Entscheidung (Schritt 3 und 6) sowie die Pro-Kontra-Diskussion im fünften Schritt werden die Erwartungshaltungen anderer Personen den Lernenden bewusst. Die Lernenden können ihnen entsprechen (Pro) oder sich verweigern (Kontra). Indem die Lernenden Argumente für ihre Position sammeln und sich ebenfalls gezielt mit Gegenargumenten befassen, übernehmen sie nicht gänzlich die Erwartungen der anderen, sondern bringen ihre eigene Person mit in die Diskussion ein. Ebendieses Hergang beschreibt Mead²⁶ in Form von Rollenübernahme und -gestaltung als wechselseitiges Einbringen von Identitätsanteilen in den Kommunikationsprozess und bestimmt sie als Mechanismen der Identitätsbildung.

Als Methode intendiert die Dilemmadiskussion die Förderung von Lernprozessen mit den Zielen, moralische Problem- bzw. Dilemmasituationen besser erfassen und analysieren sowie Handlungsalternativen ermitteln zu können. Durch die Auseinandersetzung mit Gegenargumenten werden die Lernenden in die Lage versetzt, „unterschiedliche Vorstellungen von der Wertigkeit der Werte“²⁷ herauszuarbeiten. Gut geeignet ist die Dilemmadiskussion, um die Fähigkeit zur moralisch-ethischen Argumentation zu entwickeln, d.h. sich in ethischen Diskursen mit den unterschiedlichen Perspektiven und den widerstreitenden Prinzipien anhand von verschiedenen Begründungszusammenhängen auseinanderzusetzen und unter dem Aspekt der Argumentationslogik zu begründeten Urteilen zu kommen. Sie zielt vor allem auf die Begründungsebene ab und nicht auf die moralische Urteilsfindung in Anwendungssituationen, wie die im Anschluss dargelegte ethische Fallbesprechung nach dem Nijmegener Modell.

Ethische Fallbesprechung nach dem Nijmegener Modell

Im Unterschied zur Dilemmadiskussion fokussiert die im Folgenden dargestellte, für die Pflegebildung modifizierte Methode den Anwendungsbezug moralischer Urteile in der Entscheidungspraxis. Auf der Anwendungsebene ist möglichst realitätsgetreu und sachgerecht die Situation mit all ihren Handlungsalternativen zu untersuchen und sind Vorhersagen hinsichtlich ihrer vermutlichen Folgen und Nebenfolgen zu treffen²⁷. Damit eine begründete und gemeinsame Entscheidung aller Betroffenen unter moralischen Richtlinien zustande kommt, kann die von Remmers¹⁶ geforderte kontextbezogene Perspektivenverschränkung bei konkreten Entscheidungen in Fallbesprechungen angewendet werden. Insbesondere eignet sich für das methodische Vorgehen das nach Steinkamp und Gordijn entwickelte Nijmegener Modell²⁸ (→ Tab. 3). Mit dem Modell erfolgt der Versuch, im Rahmen eines strukturierten Gesprächs begleitet durch nichtinvolvierte, also neutrale Moderatorinnen und Moderatoren innerhalb eines begrenzten Zeitraums zu einer ethisch begründeten Entscheidung zu gelangen. Es handelt sich um eine interne, prospektive (vorauschauende) und interdisziplinäre ethische Fallbesprechung.

Erster Schritt: Problembestimmung

Zu Beginn des Verfahrens der ethischen Fallbesprechung wird im ersten Schritt das Ethische eines Problems definiert. Ein ethisches Problem besteht dann, wenn in einer Entscheidungssituation eine Unsicherheit oder Uneinigkeit hinsichtlich der Bewertung des ethischen Handelns besteht. Außerdem muss die Fragestellung gemeinsam mit den Beteiligten konkret definiert werden. Im „Erlanger Fall“ könnte diese lauten: „Soll eine klinische Therapie zum Erhalt der Lebensfunktionen der werdenden Mutter fortgesetzt werden und wenn ja unter welchen Bedingungen?“ Um dem Kontextualismus ethischer Entscheidungen zu genügen, müssen primär die Perspektiven der Betroffenen, deren individuelle Wertpräferenzen und Lebensentwürfe hinreichend erfasst werden. Dies macht es vorerst notwendig, sich von den professionellen und organisatorischen Kontrollnormen zu distanzieren⁵.

Zweiter Schritt: Faktensammlung

Zusätzlich sind aber auch die unterschiedlichen professionellen Blickwinkel und das Erfahrungswissen sowie die moralischen Werte der Professionellen zu bestimmen. Daher erfolgt nach der ethischen Problemdefinition im zweiten Schritt der Methode eine Analyse der medizinischen, pflegerischen, sozialen und weltanschaulichen Aspekte. In Bezug auf den „Erlanger Fall“ können beispielsweise für die medizinischen Gesichtspunkte Informationen zur Hirntoddiagnose der Frau, zu ihrem Herz-Kreislauf-Zustand, zur Stabilität der Schwangerschaft sowie zu den Lebensäußerungen des Kindes, zu den physischen und neuropsychologischen Auswirkungen auf das Kind durch das Heranreifen in einem toten Körper und zu den Prognosen erhoben werden. Unter pflegerischen Gesichtspunkten müssen z.B. Informationen bezüglich der Belastung der Pflegenden durch die direkte Betreuung der Verstorbenen, der Pflegeplanung sowie einer sinnvollen Aufgabenverteilung in der pflegerischen Betreuung vorliegen. Zudem werden Informationen zu weltanschaulichen und sozialen

TABELLE 3: SCHRITTE DER NIJMEGENER METHODE FÜR ETHISCHE FALLBESPRECHUNG²⁸

Schritt 1: Problem- bestimmung	Wie lautet das ethische Problem?
Schritt 2: Fakten- sammlung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Gesichtspunkte, z. B.: Wie lautet die Diagnose der Patientinnen und Patienten und wie ist die Prognose? ■ Pflegerische Gesichtspunkte, z. B.: Wie ist die pflegerische Situation der Patientinnen und Patienten zu beschreiben? ■ Weltanschauliche und soziale Dimension, z. B.: Wie prägt die Weltanschauung der Patientinnen und Patienten ihre Einstellung gegenüber ihrer Krankheit und wie sieht das soziale Umfeld der Patientinnen und Patienten aus? ■ Organisatorische Dimension, z. B.: Kann dem Bedarf an Behandlung und Pflege der Patientinnen und Patienten nachgekommen werden?
Schritt 3: Bewertung	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wohlbefinden der Patienten, z. B.: Wie wirken sich Krankheit und Behandlung auf das Wohlbefinden der Patientinnen und Patienten aus (Lebensfreude, Bewegungsfreiheit, Angst)? ■ Autonomie der Patienten, z. B.: Wurden die Patientinnen und Patienten umfassend informiert und haben sie ihre Situation verstanden? ■ Verantwortlichkeit von Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden, z. B.: Gibt es zwischen den Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und anderen Betreuenden, den Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen Meinungsverschiedenheiten darüber, was getan werden soll?
Schritt 4: Beschluss- fassung	<ul style="list-style-type: none"> ■ z. B.: Gibt es einen Ausweg aus dem Dilemma und welche Handlungsalternative steht am meisten in Übereinstimmung mit den Werten der Patientinnen und Patienten?

Gesichtspunkten benötigt. Im „Erlanger Fall“ liegen kaum Informationen zur Weltanschauung der Schwangeren und nur einige Informationen zu sozialen Aspekten vor, zu den vorliegenden Informationen gehören etwa die Unbekanntheit des Vaters, die den Eltern gerichtlich erteilte Betreuung, deren Einwilligung zum Fortsetzen der Schwangerschaft und deren Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung für das ausgetragene Kind. Organisatorische Gesichtspunkte thematisieren die Sicherstellung der Kosten und der intensivmedizinischen Unterbringung der Schwangeren.

Dritter Schritt: Bewertung

Im dritten Schritt wird der Fall auf der Basis medizinethischer Prinzipien reflektiert (Respekt vor der Autonomie der Patientinnen und Patienten, Nicht-Schadensprinzip, Fürsorge und Gleichheit)²⁹. Zu jedem dieser Prinzipien schlagen Steinkamp/Gordijn²⁸

Fragen vor, die helfen sollen, die diesbezüglichen Besonderheiten des Falls aufzuschließen. Unter dem Aspekt des Wohlbefindens kann beim „Erlanger Fall“ diskutiert werden, wie die Krankheit und Behandlung das Wohlbefinden der Schwangeren, z. B. im Hinblick auf den Schutz der Totenruhe und Würde, beeinflussen oder welche Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes bestehen bzw. welche Schädigungen das Kind davontragen könnte. Hinsichtlich der Autonomie der Schwangeren muss festgestellt werden, dass deren Willen nicht mehr direkt ermittelt werden kann, sondern retrospektiv u. a. durch advokatorische Stellvertreterinnen und Stellvertreter, in diesem Fall durch die Eltern, zu rekonstruieren ist. Darüber hinaus kann die vor ihrem Tod gemutmaßte Bejahung der Schwangerschaft berücksichtigt werden. Zusätzlich sind die Verantwortlichkeiten der Professionellen zu bewerten. Beispielsweise ist zu klären, inwieweit gemeinsame Beratungsmöglichkeiten ausreichend vorhanden sind, Leitlinien für ethische Fragen zur Verfügung stehen oder es interne Spannungen bezüglich des Falls gibt, wie z. B. durch Pflegende, welche die verstorbene Schwangere aus moralischen Gründen nicht pflegerisch versorgen möchten^{2,3,28}.

Vierter Schritt: Beschlussfassung

Im vierten Schritt wird auf Grundlage der unterschiedlichen Informationen und Bewertungen ein Beschluss für eine der Situation angemessene und ethische vertretbare Handlungsweise möglichst in Form eines Konsenses formuliert. Beispielsweise kann für die Beschlussfassung im Hinblick auf das Fallbeispiel analysiert werden, ob die wichtigsten Fakten bekannt sind und daher ein verantwortlicher Beschluss gefasst werden kann, welche Handlungsalternative am ehesten in Übereinstimmung mit den mutmaßlichen Werten der Patientin steht und welche Handlungsweisen den Vorzug auf der Basis der genannten Argumente verdienen²⁸.

Die Methode der Fishbowl-Diskussion

Für den pädagogischen Einsatz des Nijmegener Modells können u. E. konkrete Fälle aufgegriffen werden, deren Positionen allerdings nicht von den beteiligten Personen selbst vertreten, sondern von den Teilnehmenden antizipiert werden. Hierfür bietet sich die Methode der Fishbowl-Diskussion an. Die Fishbowl-Diskussion ist eine Lehrmethode, in der eine bestimmte Anzahl an Teilnehmenden thematisch diskutieren, während die Mehrheit der Lernenden die Diskussion von außen beobachtet. Insbesondere hat sich die Methode im klinischen Setting bewährt, z. B. um Gespräche mit Patientinnen und Patienten zu erproben³⁰. Auf die ethische Fallbesprechung angewendet kann die Methode dazu dienen, die unterschiedlichen Perspektiven des Falls innerhalb der Fishbowl zu diskutieren, während die übrigen Anwesenden die Diskussion von außen betrachten und Rückmeldungen zu Prozess und Ergebnis geben. Während der Diskussion gibt es die Möglichkeit für die Außenstehenden, sich mit sogenannten Vetokarten ins Gespräch einzubringen und ein noch nicht benanntes Argument für eine der Perspektiven vorzutragen. Idealerweise werden die jeweiligen Positionen anhand eines konkreten semirealen Falls von den Lehrenden für die Diskussion vorbereitet. In Bezug auf das Beispiel des „Erlanger Falls“ könnte eine Fallbesprechung simuliert wer-

den, in der wie in einem klinischen Ethikkomitee unterschiedliche Perspektiven eingebracht werden, z. B. eine juristische, pflegerische, medizinische und die Sichtweise der Angehörigen. Aber auch Perspektiven aus Sicht einer spirituellen Gemeinschaft, des Managements, der behandelnden Therapeutinnen und Therapeuten, Sozialpädagoginnen und -pädagogen oder von ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sind denkbar, um die Vielfalt der aus den unterschiedlichen Perspektiven resultierenden Informationen und Argumente abzubilden.

Chancengleichheit wahren

Im Krankenhaus bestehen innerhalb der Professionen sowie zwischen den Professionellen und den zu Pflegenden unterschiedliche Machtpotenziale^{15,31}, welche die Entscheidungsfindung beeinflussen bzw. verhindern können, dass bestimmte Perspektiven kein Gehör finden. Für die didaktische Weiterführung des Nijmegener Modells sollten daher Bedingungen von praktischen Diskursen^{13,14} hergestellt werden und die Moderierenden darauf achten, dass alle Teilnehmenden die gleichen Chancen haben, sich in die Diskussion einzubringen. Das Ziel einer solchen Kommunikation ist nach Habermas ein Konsens, d. h. dass die an einem Diskurs Beteiligten ein Einverständnis erzielen¹⁴. Dieses Ziel wird in der Nijmegener Fallbesprechung zwar auch angestrebt, beim didaktischen Einsatz der Methode liegt der Fokus aber stärker auf der Ermittlung von möglichen Handlungsfolgen und auf der Entwicklung von Argumenten aus den unterschiedlichen Perspektiven heraus. Ein DisSENS kann zu der Erkenntnis führen, dass solche Differenzen dem Klinikalltag immanent sind und bei ethischen Entscheidungsprozessen aufgrund der unterschiedlichen Perspektiven auch bei noch so guter Begründung die Möglichkeit besteht, sich mit guten (moralischen) Gründen anders zu entscheiden²⁸. Dies wird insbesondere am „Erlanger Fall“ deutlich, für den sowohl gut begründete Argumente für einen Abbruch als auch für eine Fortsetzung der Schwangerschaft bestehen.

Die Nijmegener Fallbesprechung hebt primär auf Anwendungsfragen ab und veranschaulicht die auf dieser Ebene auftretenden Schwierigkeiten, etwa die Unsicherheiten hinsichtlich der Vorhersage möglicher Folgen und Nebenfolgen, den Mangel an guten Informationen als Basis für eine Bewertung der Situation oder Verständigungsprobleme zwischen den verschiedenen Beteiligten und letztlich die Notwendigkeit, trotz dieser Schwierigkeiten eine Entscheidung zu finden, die der Individualität und der Wertpräferenzen der primär von einem ethischen Problem Betroffenen gerecht wird.

FAZIT

Auch wenn Pflegende nicht selbst hinsichtlich ärztlich-therapeutischer Entscheidungen entscheidungsberechtigt sind, müssen sie aufgrund ihres exklusiven Zugangs zur Perspektive der Patientinnen und Patienten doch in der Lage sein, sich in Begründungs- und Anwendungsdiskursen mit guten Argumenten einbringen zu können. Die vorgestellten Methoden der Dilemmadiskussion und der ethischen Fallbesprechung nach dem Nijmegener Modell sind gut geeignet, um die hierfür erforderlichen sozialen und sprachlich-kommunikativen Kompetenzen zu fördern.

Die Kritik an der Dilemmadiskussion, sie diene „der Vermittlung von Argumentationsakrobatik“³², verweist darauf, dass im Alltag der gesundheitlichen Versorgung bei ethischen Entscheidungen die moralischen Prinzipien zwar oftmals vordergründig bemüht werden, im Hintergrund aber wirtschaftliche oder andere Interessen ausschlaggebend sind. So kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass auch im „Erlanger Fall“ primär medizinische Forschungsinteressen und Karriereziele einzelner Beteiligten leitend waren und weniger universelle Werte oder die Folgen für die Betroffenen.

Literatur

- 1 Der Spiegel. *Leben in der Leiche*. Der Spiegel 1992; 46(43): 320–325
- 2 Furger F. *Das Erlanger Baby – eine sozialetische Reflexion*. Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften 1993; 34(1): 264–266
- 3 Klinkhammer G. *Rettung des Erlanger Babys weder geboten noch verboten*. Deutsches Ärzteblatt 1993; 90(3): 91–92
- 4 Friesacher H. *Solidarität und Verantwortlichkeit. Eine erweiterte Perspektive auf Gerechtigkeitsdiskurse*. In: Remmers H, Kohlen H (Hrsg.). *Bioethics, Care and Gender. Herausforderungen für Medizin, Pflege und Politik*. Osnabrück: V&R unipress, 2010; 79–90
- 5 Remmers H. *Ethische Aspekte der Pflege*. In: Rennen-Allhoff B, Schaeffer D (Hrsg.). *Handbuch Pflegewissenschaft*. Studienausgabe. Weinheim, München: Juventa, 2003; 307–335
- 6 Montada L. *Moralische Entwicklung und moralische Sozialisation*. In: Oerter R, Montada L (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 1998; 862–894
- 7 Lempert W. *Berufliche Sozialisation oder Was Berufe aus Menschen machen*. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, 1998
- 8 Vossenkuhl W. *Moralische Dilemmata*. In: Höffe O (Hrsg.). *Lexikon der Ethik*. 6. neu bearbeitete Auflage. München: Beck; 2002
- 9 Kohlberg L. (mit Levine C, Hewer A). *Zum gegenwärtigen Stand der Theorie der Moralstufen*. In: Ders. (1995) *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1984; 217–372
- 10 Kohlberg L. *Moralische Entwicklung*. In: Ders. (1995) *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1968; 7–40
- 11 Kohlberg L. *Moralstufen und Moralerwerb: Der kognitiv-entwicklungstheoretische Ansatz*. In: Ders. (1996) *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1976; 123–174
- 12 Krüger HH, Lersch R. *Lernen und Erfahrung. Perspektiven einer Theorie schulischen Handelns*. 2. aktualisierte und erweiterte Auflage. Opladen: Leske + Budrich; 1993
- 13 Habermas J. *Erläuterungen zur Diskursethik*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1991
- 14 Habermas J. *Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln*. 7. Auflage. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1999
- 15 Darmann I. *Kommunikative Kompetenz in der Pflege*. Stuttgart: Kohlhammer; 2000
- 16 Remmers H. *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts- und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern: Huber; 2000
- 17 Newweg GH. *Könnerschaft und implizites Wissen. Zur lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie Michael Polanyis*. Münster, New York, München, Berlin: Waxmann; 1999
- 18 Tschudin V. *Ethik in der Krankenpflege*. 2. Auflage. Basel: Recom; 1996
- 19 Kohlen H. *Ethikausbildung in der Pflege*. In: Wiesemann C, Erichsen N, Behrendt H, Biller-Adorno N, Frewer A (Hrsg.). *Pflege und Ethik. Leitfaden für Wissenschaft und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer, 2003; 188–200
- 20 Darmann-Finck I. *Interaktion im Pflegeunterricht*. Frankfurt/Main: Peter Lang; 2010
- 21 Blatt MM, Kohlberg L. *The Effects of Classroom Moral Discussion upon Children's Level of Moral Judgment*. In: *Journal of Moral Education* 1975; 4(2): 129–161
- 22 Lind G. *Ist Moral lehrbar? Ergebnisse der modernen moralpsychologischen Forschung*. Berlin: Logos; 2000
- 23 Edelstein W. *Moralische Intervention in der Schule. Skeptische Überlegungen*. In: Oser F, Fatke R, Höffe O (Hrsg.). *Transformation und Entwicklung. Grundlagen der Moralerziehung*. Frankfurt/Main: Suhrkamp, 1986; 327–349
- 24 Gilligan C. *Die andere Stimme. Lebenskonflikte und Moral der Frau*. München: Piper; 1984
- 25 Lind G. *Moral ist lehrbar. Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung*. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. München: Oldenbourg; 2009
- 26 Mead GH. *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt/Main: Suhrkamp; 1973
- 27 Darmann I. *Moralische Entscheidungsfindung in pflegerischen Situationen*. In: Kriesel P, Krüger H, Piechotta G, Remmers H, Taubert J (Hrsg.). *Pflege denken – Pflege managen*. Frankfurt/Main: Mabuse, 2001; 259–269
- 28 Steinkamp N, Gordijn B. *Ethische Fallbesprechungen auf Station*. In: Ders. *Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch*. Neuwied, Köln, München: Luchterhand, 2003; 215–263
- 29 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press; 1983
- 30 Sutherland R, Reid K, Kok D, Collins M. *Teaching a fishbowl tutorial: sink or swim? The clinical teacher*, 2012; 9(2): 80–84
- 31 Friesacher H. *Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft*. Göttingen: V & R unipress; 2008
- 32 Gruschka A. *Wie misst und wie stimuliert man moralische Urteilskraft? Von den Konflikten auf dem Weg zum guten und schlechten Menschen (Teil 1)*. *Pädagogische Korrespondenz*, 1996; 9(18): 49–72

AUTOREN

Prof. Dr. Ingrid Darmann-Finck

Professorin für Pflegewissenschaft an der Universität Bremen, Leitung Abt. Qualifikations- und Curriculumforschung am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP). Gesundheits- und Krankenpflegerin mit ca. zehnjähriger Berufstätigkeit, vor allem in der Intensivpflege. Arbeitsschwerpunkte: Weiterentwicklung der Pflegedidaktik, Qualifikationsforschung, Beratung von Schulen bei der Entwicklung von innovativen Curricula, qualitative Unterrichts- und Berufsbildungsforschung, Lernen mit neuen Medien.

Nicole Duveneck

Pflegewissenschaftlerin und Dipl.-Berufspädagogin Pflegewissenschaft/ Psychologie. Gesundheits- und Krankenpflegerin mit zwölfjähriger Berufstätigkeit in den Bereichen Hämatologie und Onkologie, Innere Medizin sowie Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Seit 2010 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Doktorandin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.

Miriam Tariba Richter

Pflegewissenschaftlerin und Dipl.-Berufspädagogin Pflegewissenschaft/ Psychologie. Kinderkrankenschwester mit 18-jähriger Berufstätigkeit überwiegend im pädiatrischen, neonatologischen und kardiochirurgischen Intensivbereich. Seit 2006 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) der Universität Bremen.