

*Anton Schlittmaier*

Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit

# **Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit**

Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit

## **Band 3**

**Verlegt durch das  
IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit  
Wissenschaftliche Einrichtung an der  
Fachhochschule Coburg**

Herausgeber der Schriftenreihe zur psychosozialen Gesundheit :  
Prof. Dr. Helmut Pauls, Fachhochschule Coburg  
Prof. Dr. Michael Reicherts, Universität Fribourg, Schweiz

Redaktion: Prof. Dr. Anton Schlittmaier

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek  
Beiträge zur Klinischen Sozialarbeit II  
Weitramsdorf bei Coburg: IPSG 2004  
ISBN 3-934247-10-5

Alle Rechte vorbehalten  
© 2004 IP SG 2004  
Herstellung: FH Coburg

### **Der Autor:**

Prof. Dr. Anton Schlittmaier (\* 1960) ist Dozent für Grundlagen der Sozialen Arbeit an der Berufsakademie Sachsen, Staatliche Studienakademie Breitenbrunn/Plauen. Derzeitiger Forschungsschwerpunkt ist die Ethik in der Sozialen Arbeit.

### **IPSG - INSTITUT FÜR PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEIT**

Gemeinnützige Gesellschaft mbH

Wissenschaftliche Einrichtung an der Fachhochschule Coburg

Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe - Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband

Amtsgericht Coburg. HRB 2927; Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls, Dipl.-Soz.Arb. (FH) Stephanus Gabbert

---

Das IPSG ist eine gemeinnützige wissenschaftliche Einrichtung mit folgenden Aufgaben:

1. interdisziplinäre Fort- und Weiterbildung von Angehörigen des psychosozialen Berufsfeldes
2. anwendungsbezogene Weiterentwicklung psychosozialer Interventionsformen in Theorie und Praxis
3. Betrieb einer Einrichtung der Klinischen Sozialarbeit für Kinder, Jugendliche und Familien (*IPSG-Zentrum für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe*)
4. Kooperation mit Hochschulen, Bildungsträgern, Praxis-Institutionen und Fachverbänden

IPSG-Sekretariat und IPSG-Zentrum  
für Kinder-, Jugend- und Familienhilfe  
Mönchswiesenweg 12 A  
D-96479 Weitramsdorf-Weidach  
Tel./Fax (09561) 33197  
e-mail: sekretariat@ipsg.de

IPSG an der Fachhochschule Coburg  
Fachbereich Sozialwesen  
Friedrich-Streib-Strasse 2  
D-96450 Coburg  
Tel. (09561) 317185 Fax (09561) 317116  
e-mail: pauls@fh-coburg.de

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung .....	5
2. Berufsethische Prinzipien des DBSH und der Clinical Social Work Federation .....	6
2.1. Die berufsethischen Prinzipien des DBSH .....	6
2.2. Der Code of Ethics der Clinical Social Work Federation .....	10
3. Zentrale Werte klinischer Sozialarbeit im Kontext ethischer Theorien .....	12
4. Prinzipien mittlerer Reichweite .....	36
5. Anwendung berufsethischer Prinzipien in der Praxis Klinischer Sozialarbeit .....	39
6. Literaturliste .....	47

# 1. Einleitung

Berufliches Handeln in der klinischen Sozialarbeit wird unter moralischen Gesichtspunkten normiert durch berufsethische Prinzipien wie sie beispielhaft im Code of Ethics der Clinical Social Work Federation (= C S W F)<sup>1</sup> oder den berufsethischen Prinzipien (= B P)<sup>2</sup> des DBSH<sup>3</sup> niedergelegt sind. B P bestehen aus einem Katalog moralischer Normen, die eine Leitlinie für das Handeln von Sozialarbeitern bzw. Sozialpädagogen bilden (Baum 1996). Sie liegen in der Form von Imperativen vor.

Schopenhauer (1979) meinte in Bezug auf moralische Forderungen: "Moral zu predigen ist leicht, Moral zu begründen, schwer". Diese Aussage angewandt auf B P bedeutet: Eine Ethik klinischer Sozialarbeit darf sich nicht damit begnügen, moralische Normen nur aufzulisten. Nötig ist es vielmehr, in Form einer ethischen Reflexion, die in B P vorliegenden Normen auf ihre Begründung und ihre Geltung hin zu prüfen. Neben der Begründung berufsethischer Prinzipien stellt sich als zweifellos ebenso dringliches Problem die Frage der Anwen-

---

<sup>1</sup> Der Text des Code of Ethics der C S W F findet sich unter [www.cswf.org](http://www.cswf.org).

<sup>2</sup> Die Abkürzungen C S W F und B P beziehen sich auf alle Flexionsformen der Ausdrücke.

<sup>3</sup> Deutscher Berufsverband für Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Heilpädagogik e.V. Der Text der BP des DBSH findet sich unter [www.dbsh.de/html/prinzipien/html](http://www.dbsh.de/html/prinzipien/html).

derung berufsethischer Normen in der Praxis klinischer Sozialarbeit.

Von dieser Überlegung ausgehend ergibt sich folgender Aufbau des Beitrags: Als Erstes werden die B P des DBSH sowie der C S W F in Grundzügen vorgestellt. Hierauf folgt als Zweites eine Explikation zentraler Begriffe des ethischen Diskurses, die in engem Zusammenhang mit B P stehen. Entfaltet werden diese Begriffe jeweils im Kontext bekannter und für unsere Tradition bestimmender ethischer Theorien. Neben grundlegenden ethischen Begriffen spielen in einer Ethik Klinischer Sozialarbeit auch Prinzipien mittlerer Reichweite eine wichtige Rolle. Sie werden in Anlehnung an Konzepte aus der Medizinethik (Irrgang 1995; Schöne-Seifert 1996) in diesem Beitrag als Drittes dargelegt. Abgeschlossen wird der Beitrag mit Überlegungen zur Anwendung berufsethischer Prinzipien.

## **2 Berufsethische Prinzipien des DBSH und der Clinical Social Work Federation**

### **2.1 Die berufsethischen Prinzipien des DBSH**

Die B P des DBSH wurden bei der Bundesmitgliederversammlung vom 21. - 23.11.1997 in Göttingen verabschiedet. Sie gliedern sich in sechs

Bereiche:

1. Allgemeine Grundsätze beruflichen Handelns
2. Verhalten gegenüber Klienten
3. Verhalten gegenüber Berufskolleginnen und Berufskollegen
4. Verhalten gegenüber Angehörigen anderer Berufe
5. Verhalten gegenüber dem Arbeitgeber und Organisationen
6. Verhalten in der Öffentlichkeit

B P formulieren Normen, an denen sich das praktische Handeln der im Sozialbereich Tätigen orientieren soll (Martin 2001, 66 ff). Die Normen, die sich in den B P des DBSH finden, lassen sich idealtypisch in zwei Gruppen unterscheiden:

1. Normen, die sich auf die Fachlichkeit Sozialer Arbeit beziehen. Hierbei geht es sowohl um strukturelle (Ebene der Gesellschaft bzw. des Gemeinwesens) wie klientenbezogene Aspekte. Die Forderungen, dass Sozialarbeiter/Sozialpädagogen aktiv in der Sozialplanung mitwirken sollen (B P des DBSH, 2.7 ) oder soziale Not erforschen sollen (B P , 2.6), sind Beispiele für Forderungen an die Fachlichkeit in Bezug auf strukturelle Aspekte. Demgegenüber bezieht sich z.B. die Forderung, getroffene Maßnahmen zu dokumentieren (B P des DBSH, 2.9), auf klientenbezogene Aspekte der Fachlichkeit.
2. Normen, die sich auf genuin moralische Aspekte beziehen. Hier geht es um Forderungen wie die Achtung der Würde des Klienten oder die Wertschätzung und Anerkennung von Kollegen (B P, 4.1).

Ein großer Teil der in den B P des DBSH genannten Normen lässt sich nicht eindeutig zuordnen. Oft vermischen sich fachliche und moralische Aspekte. So kann beispielsweise die Forderung, dass die Lebenssituation und Unabhängigkeit der beteiligten Menschen zu respektieren ist (B P, 3.5), nicht eindeutig zugeordnet werden. Einerseits liegt dieser Forderung ein moralischer Wert wie die menschliche Würde zugrunde, andererseits kann diese Forderung im Rahmen einer modernen Sozialen Arbeit wie sie beispielsweise im Konzept der Lebensweltorientierung (Thiersch 2002) vorliegt, auch als fachliche Forderung verstanden werden. Die Problematik lässt sich zum Teil auflösen, indem zwischen *mittelbaren* moralischen Normen und

*unmittelbaren* moralischen Normen unterschieden wird. Fachliche Aspekte, die in den B P des DBSH angesprochen werden, sind *indirekt* von moralischer Relevanz, da sie den Klienten vor unsachgemäßer Durchführung der Hilfe schützen. Beispielsweise soll die Forderung, getroffene Maßnahmen zu dokumentieren, den Klienten vor inkompetenten Verfahrensweisen des Sozialarbeiters bewahren.<sup>4</sup> Unmittelbare moralische Normen dagegen beziehen sich direkt auf Grundwerte wie Autonomie, menschliche Würde oder soziale Gerechtigkeit. Sie heben nicht nur auf die fachgerechte Durchführung der Arbeit ab, sondern zielen auch auf die inneren Haltungen, die die Handlungen der Fachkraft begleiten. Beispielsweise geht die Forderung, die Autonomie des Klienten zu wahren, über rein fachliche Regeln hinaus. Sie ist vielmehr eine moralische Verpflichtung<sup>5</sup>, die nicht nur äußerlich praktiziert, sondern auch bewusst beabsichtigt werden soll.

Auf der Basis dieser Unterscheidung lassen sich idealtypisch zwei Formen der Praxis fachlicher Sozialer Arbeit voneinander abheben:

Eine fachgerechte Arbeit, die die Regeln der Profession bloß äußerlich beachtet.

Eine fachgerechte Arbeit, die die moralischen Standards der Profession bejaht und bewusst vollzieht, wobei die moralische Relevanz mittelbarer moralischer Normen eingesehen wird (Baum 1996).

---

<sup>4</sup> Mittelbare Normen haben neben dieser Funktion auch Relevanz für die Professionalisierung sowie die Ausbildung einer beruflichen Identität (Martin 2001, 68). Da es in diesem Betrag ausschließlich um ethische Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit geht, soll dieser Aspekt hier nicht weiter verfolgt werden.

<sup>5</sup> Im zweiten Teil dieses Beitrags werden derartige Verpflichtungen auf ethische Theorien bezogen. Dort wird näher erläutert, inwieweit derartige Verpflichtungen nicht nur beliebige Setzungen, sondern begründbare Maßstäbe für sozialarbeiterisches Handeln sind.

Im Folgenden werden die in den B P des DBSH angeführten unmittelbaren moralischen Normen bzw. Werte aufgelistet.

Katalog der Menschenrechte; Persönlichkeitsrechte; Sozialstaatsgebot

Würde der Person

Solidarität und strukturelle Gerechtigkeit

Integration der Person in die Gesellschaft; Schutz der Person in der Gesellschaft

Ablehnung von Diskriminierung

Politischer Einsatz für sozial Benachteiligte

Orientierung an einem Konsens mit dem Klienten

Respektierung der Autonomie des Klienten

Schutz von Daten

Wertschätzung und Anerkennung von Kollegen; Beistand und Absprache mit Kollegen

Loyalität gegenüber dem Arbeitgeber

Eingang eines Beschäftigungsverhältnisses nur, wenn die angeführten Normen und Werte Beachtung finden

Die B P des DBSH fokussieren neben dem Schutz des Klienten, dem Verhältnis zu Berufskollegen und anderen Berufsgruppen auch die gesellschaftspolitische bzw. strukturelle Ebene. Im Folgenden wird der Code of Ethics der C S W F dargestellt. Da sich die hier dargelegten Normen auf die klinische Sozialarbeit beziehen, spielen gesellschaftspolitische und strukturelle Aspekte in diesem Code eine weitgehend zu vernachlässigende Rolle.

## 2.2 Der Code of Ethics der Clinical Social Work Federation

Der Code of Ethics der C S W F (USA)<sup>6</sup> ist in vier Bereiche gegliedert:

Allgemeine Verantwortung Klinischer Sozialarbeiter-/innen  
Verantwortung gegenüber Klienten  
Vertraulichkeit und Datenschutz  
Öffentlichkeit

Im Ethikkode der C S W F finden sich analog zu den B P des DBSH Verpflichtungen, die fachlich akzentuiert und solche, die moralisch akzentuiert sind (vgl. oben). Die moralischen Verpflichtungen beziehen sich im Ethikkode der CSWF fast durchgängig auf moralische Werte<sup>7</sup>. Moralische Werte sind wie alle Werte Orientierungsmaßstäbe für menschliches Handeln und vermögen menschliches Handeln zu motivieren (Baum 1996). Werte in ihrer allgemeinen Form sind moralisch, d.h. in Bezug auf die Dimension gut/böse, indifferent. So ist beispielsweise Reichtum für viele Menschen ein Wert, ohne dass man hier von einem moralischen Wert sprechen könnte. Ein moralischer Wert liegt dann vor, wenn man einen Wert als "gut" (im Gegensatz zu "böse")<sup>8</sup> bezeichnen kann.

---

<sup>6</sup> Die Folgenden Ausführungen beziehen sich auf die von der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit vorgenommene Übertragung und selektive Anpassung an deutsche Bedingungen (Dentler & Pauls 2000).

<sup>7</sup> Meist spricht man in diesem Zusammenhang von ethischen Werten. Die Gründe warum der Verf. hier dem Ausdruck "moralische Werte" den Vorzug gibt, werden im Folgenden. angeführt.

<sup>8</sup> "Gut" ist hier nicht im instrumentellen Sinne gemeint. Ein Messer als "gut" zu bezeichnen heißt, dass man gut damit schneiden kann, es also seine Funktion gut erfüllt (instrumenteller Sinn). Eine Handlung, wie die Rettung eines vom

In den B P des CSWF finden sich die folgenden zentralen moralischen Werte:

- Würde des Menschen
- Selbstbestimmung der Klienten
- Verbundenheit mit der demokratischen Gesellschaft
- Übernahme von Verantwortung für die geleistete Soziale Arbeit
- Wohlergehen des Klienten
- Konsens, der auf vorhergehender Information basiert (informed consent)
- Minimierung ungünstiger Wirkungen
- professionelle Grenzen in Bezug auf private Beziehungen zu Klienten
- Datenschutz
- Schutz der Öffentlichkeit

Diese moralischen Werte lassen sich in Bezug auf die Klienten zu folgenden zentralen Werten verdichten:

1. Verantwortung
2. Würde des Menschen
3. Selbstbestimmung
4. Wohlergehen
5. informed consent
6. Minimierung schädlicher Wirkungen

Deutlicher als bei den B P des DBSH wird hier, dass es zwischen einzelnen Werten zu Konflikten kommen kann. Das

---

Ertrinken bedrohten Kindes als „gut“ zu bezeichnen, ist dagegen nicht in einem instrumentellen, sondern in einem absoluten Sinne als gut zu bezeichnen.

Verhältnis zwischen Werten kann (a) indifferent, (b) gleichsinnig oder (c) konträr sein. Im letzten Fall kann es zu Konflikten kommen, die zu ethischen Dilemmata führen können. So ist beispielsweise das Verhältnis zwischen Wohlergehen und Minimierung schädlicher Nebenwirkungen unproblematisch, da hier die Werte gleichsinnig sind. Dagegen kann es zwischen der Selbstbestimmung des Klienten und der Minimierung schädlicher Wirkungen zu Konflikten kommen. Man denke an suizidgefährdete Menschen, die durch eine Zwangseinweisung in die Psychiatrie vor sich selbst geschützt werden.

Die B P des CSWF enthalten keine explizite Darlegung dieser Konflikte. Auch Lösungsvorschläge werden nicht angeboten. Der Umgang mit konfligierenden Werten wird der Praxis überantwortet. Hier liegt ein weiterer Grund vor, warum die bloße Rezeption berufsethischer Prinzipien für eine auch unter ethischen Aspekte qualifizierte Soziale Arbeit nicht ausreicht. Die Ethikkodes überlassen dem Praktiker die Interpretation und die Vermittlung der leitenden Werte. Um dies leisten zu können, muss der Praktiker sich auch auf einer ethisch/philosophischen Ebene mit normativen Fragen (Werten und Normen) befassen.

### **3. Zentrale Werte klinischer Sozialarbeit im Kontext ethischer Theorien**

Moralische Werte, die in den Ethikkodes der Sozialen Arbeit zentrale Stellung einnehmen, bedürfen der Interpretation, um eine adäquate Umsetzung in die Praxis sicherzustellen. Im Folgenden werden zentrale Werte berufsethischer Prinzipien im Kontext ethischer Theorien dargelegt. Dieses Vorgehen rechtfertigt sich dadurch, dass ein tiefergehendes Verständnis dieser Werte nur möglich ist, wenn der theoretische Rahmen, dem sie zugehören entfaltet wird.

## **Moral, Ethik und Ethische Theorien**

Ethik ist die Wissenschaft von der Moral<sup>9</sup> (Nida-Rümelin 1996). Die Moral besteht aus Normen, Wertvorstellungen, geteilten Überzeugungen und verbreiteten Handlungsmustern, denen innerhalb bestimmter Gemeinschaften normative Verbindlichkeit zugesprochen wird (Pieper 1985, 19). Folgt man diesem heute üblichen Verständnis, dann gehören B P zur Moral, die für die Gemeinschaft der Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen Gültigkeit haben. Der Inhalt der Moral lässt sich durch Imperative (z.B. Du sollst...) ausdrücken. Von der Moral sind Konventionen sowie technische und pragmatische Regeln zu unterscheiden.

Konventionen normieren ähnlich wie die Moral menschliches Handeln. Im Gegensatz zur Moral beziehen sie sich jedoch auf Äußerlichkeiten (man gibt die rechte Hand); weiter wird die Befolgung einer Konvention sowie ein Verstoß nicht durch die Differenz gut/böse codiert. Das bedeutet beispielsweise, dass wir einen Menschen, der gemäß der Konvention die rechte Hand reicht, deshalb nicht als einen guten Menschen bezeichnen.

Technische Imperative sind Vorschriften, die hypothetisch gelten; d.h. ich muss sie nur dann befolgen, wenn ich das Ziel

---

<sup>9</sup> Diese Definition wird nicht durchgängig verwendet. Vielfach wird der Ausdruck "ethisch" auch mit Handlungen in Verbindung gebracht, die bestehende Wertmaßstäbe aufgrund von Gewohnheit bzw. Erziehung berücksichtigen, wobei deren Befolgung nicht fraglos, sondern durch Einsicht und Überlegung geschieht (Pieper 1985, 19). Dieses Verständnis geht zurück auf die Philosophie des Aristoteles. Da in der Gegenwart Ethik als Wissenschaft von der Moral begriffen wird, wird im Fortgang des Textes auf dieses Verständnis nicht weiter eingegangen.

will, das durch sie erreicht werden soll. So muss ich beispielsweise mein Motoröl regelmäßig nachfüllen. Dieser Imperativ gilt aber nur, wenn mir daran gelegen ist, dass mein Motor funktionstüchtig bleibt. Pragmatische Imperative beziehen sich auf den menschlichen Lebensentwurf. Sie sind ebenfalls hypothetischer Natur. Liegt mir meine Gesundheit am Herzen, dann darf ich nicht rauchen. Das Verbot des Rauchens gilt jedoch nur hypothetisch, d.h. unter der Voraussetzung, dass ich meine Gesundheit erhalten möchte. Moralische Vorschriften gelten bezogen auf eine Gemeinschaft unbedingt. So ist beispielsweise kein Umstand denkbar, der die Vorschrift "Kinder dürfen nicht sexuell misshandelt werden" aufhebt (Baum 1996).

Ethik als Wissenschaft befasst sich mit der Moral als ihrem Gegenstand. Dabei sind grundsätzlich drei Betrachtungsweisen zu unterscheiden (Nida-Rümelin 1996):

- Beschreibung und Erklärung der *tatsächlich vorhandenen* Moral (= *empirische Ethik*). Dieser Typ von Ethik gehört nicht zur Philosophie; er ist Teil der empirischen Wissenschaften (z.B. Moralpsychologie).
- Bewertung und Begründung von Moral (= *normative Ethik*). Dieser Typ der Ethik ist ein Teilgebiet der Philosophie.
- Untersuchung zur Bedeutung moralischer Begriffe (z.B. gut, sollen) insbesondere in der Alltagssprache sowie Analyse der Begründung moralischer Prinzipien im Rahmen der normativen Ethik (= *Metaethik*).

Im Folgenden wird ausschließlich die normative Ethik thematisiert werden. Theorien der normativen Ethik unterscheiden sich von empirischen Theorien<sup>10</sup> dadurch, dass sie ihren Gegenstand

---

<sup>10</sup> Empirische Theorien sind Theorien, die auf Erfahrung basieren. Sie beschreiben und erklären ihren Gegenstand und bedienen sich bei der Erkenntnisgewinnung

nicht nur beschreiben und erklären. Ihr Interesse liegt primär in der wertenden Auseinandersetzung mit bestehenden moralischen Wertungen. D.h., normative Ethik nimmt wertend Stellung zur de facto existierenden Moral. Dabei bedient sie sich philosophischer Methoden (Pieper 1985, 108 ff.).

Es wurde oben bereits darauf hingewiesen, dass B P den Kern der Moral Sozialer Arbeit bilden. Normative Ethik hat in Bezug auf B P die Funktion, sie über das Alltagsverständnis hinausgehend zu klären und von elementaren ethischen Überlegungen ausgehend zu begründen. In der Geschichte der Ethik finden sich unterschiedliche Ansätze normativer Ethik, die im Folgenden auf zentrale B P bezogen werden.

## **Menschenwürde**

Die Menschenwürde wird sowohl in den B P des DBSH wie auch im Code of Ethics der C S W F explizit erwähnt. In den B P des DBSH heißt es: "In der Würde der Person erfährt das Handeln der Mitglieder des DBSH seine unbedingte und allgemeine Orientierung." (1) In der übersetzten Form des Code of Ethics findet sich die Formulierung: "Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter respektieren die Würde ... ihrer Klienten." (Prinzip 1)

Was ist unter Würde zu verstehen? Man unterscheidet zwischen der Würde, die einem Amtsträger aufgrund seiner Funktion und der Würde, die einem Menschen als Menschen zukommt (Spaemann 2001, 107 ff.). Erstere kann erworben und wieder verloren werden. Ein Amt beinhaltet eine Würde. Diese

---

primär sogenannter empirischer Methoden (z.B. Beobachtung, Befragung, Experiment usw.)

beinhaltet in Bezug auf den Amtsträger bestimmte Erwartungen. Werden sie erfüllt, spricht man von einer würdigen Amtsführung. Im Gegensatz zu dieser funktionsbezogenen Würde kann die Würde, die der Mensch aufgrund seines Menschseins hat, ihm von niemandem genommen werden. Wird ein Mensch beispielsweise gefoltert, wird ihm dadurch nicht seine Menschenwürde genommen; er ist vielmehr Bedingungen ausgesetzt, die seiner unverlierbaren Menschenwürde widerstreiten. Die Menschenwürde ist eine undefinierbare, einfache Qualität (Spaemann 2001, 109); sie stellt einen Minimalbegriff dar, der ein letztes, unhintergebares Element des Selbstseins meint. Die Menschenwürde besitzt normativen Charakter, da sie eine Grenze in Bezug auf das Handeln anderer Menschen darstellt, die nicht überschritten werden darf.

Wodurch begründet sich die Würde des Menschen? Die Menschenwürde erfuhr ihre klassische - heute noch gültige - Begründung durch Kant. Nach Kant ist der Mensch ein freies Wesen, das sich unter sein eigenes Gesetz stellt. Der Mensch ist vom Naturzwang freigesetzt; er kann zwischen Alternativen frei entscheiden. Diese Fähigkeit verleiht ihm jedoch noch nicht die ihm eigene Würde. Die Freiheit, sich für Beliebiges zu entscheiden, ist für Kant Willkürfreiheit. Freiheit im eigentlichen Sinne kommt erst zustande, wenn der Mensch sich am Gesetz der praktischen Vernunft orientiert. Dieses besagt, dass man nur solchen Handlungsregeln folgen soll, die verallgemeinerbar sind. Dieser praktische Grundsatz, der als kategorischer Imperativ in die Geschichte der Philosophie eingegangen ist, fordert von jedem Menschen zu überprüfen, ob eine Handlung einer Regel folgt, an die sich alle Menschen halten sollen. Die Fähigkeit des Menschen, sich von seinen unmittelbaren Antrieben zu distanzieren und seine Entscheidungen auf der Basis einer vernunftgeleiteten Reflexion zu fällen, macht nach Kant die besondere Würde des Menschen aus (Kant 1982).

Was bewirkt die Menschenwürde? Die Menschenwürde bedeutet eine Grenze. Ich darf weder mich selbst noch andere zum Ding, zum Instrument machen. Jeder Mensch ist ein eigener Zweck. Niemand darf den anderen zum bloßen Mittel machen. Dieses Verbot der Instrumentalisierung (Hoerster 2002) verbietet in absoluter Weise, den anderen zum Werkzeug zur Erreichung der eigenen Ziele zu degradieren. Das Instrumentalisierungsverbot bildet den Kern der Menschenwürde.

Derzeit wird insbesondere im Kontext der Bioethik heftig um die Menschenwürde gestritten. Die zentrale Frage lautet: Kommt jedem menschlichen Wesen - unabhängig von seinem tatsächlichen Zustand - die Menschenwürde zu? Auf diese Frage gibt es zwei grundlegend divergierende Antworten: Die traditionelle Position geht davon aus, dass jedem Menschen, unabhängig davon, ob er tatsächlich der Freiheit und Vernunftorientierung fähig ist, die Menschenwürde zukommt. Somit kommt beispielsweise auch geistig Schwerstbehinderten die Menschenwürde zu. Der Schutz ihres Lebens ist oberstes Gebot. Die Gegenposition vertritt die Auffassung, dass die Menschenwürde an bestimmte Bedingungen gebunden ist. Falls diese Voraussetzungen (z.B. Fähigkeit zur Selbstdistanz) nicht mehr gegeben sind, hat der betreffende Mensch keine Menschenwürde mehr. Während die traditionelle Position die Menschenwürde an die Zugehörigkeit zur Menschengattung bindet, lockert die als zweites genannte Position diese Bindung. Im Bereich der Klinischen Sozialarbeit birgt diese Position immense Gefahren; von daher ist ein ethisch verantwortliches Handeln in der Klinischen Sozialarbeit nur auf der Basis der zuerst genannten Position möglich.

Was folgt aus der Menschenwürde für die Klinische Sozialarbeit? Eine Antwort auf diese Frage kann hier nicht systema-

tisch entwickelt werden. Deshalb sollen hier nur einige Stichpunkte genannt werden:

- Die theoretischen Grundlagen der Klinischen Sozialarbeit sind auf ihre anthropologischen und normativen Grundlagen hin zu prüfen. Es ist zu untersuchen, inwieweit Menschenbild und Ethik mit den Implikaten des Begriffes der Menschenwürde übereinstimmen.
- In das Repertoire der Methoden der Klinischen Sozialarbeit können nur Interventionsverfahren aufgenommen werden, die den Menschen nicht ausschließlich als Ding, das manipulierbar, reparierbar usw. ist, verstehen. Sie müssen vielmehr in ihren Grundlagen sowie ihrer praktischen Umsetzung den Klienten als freies, der Vernunft und der Selbstbestimmung fähiges sowie als moralfähiges Wesen begreifen.
- Alle Handlungen von Klinischen Sozialarbeitern sind daraufhin zu prüfen, inwieweit sie die personalen Grenzen des Klienten achten. Der Menschenwürde korreliert mit Menschenrechten (Bielefeldt 1998, S. 25 – 44)). Als grundlegend sind hier die elementaren Individualrechte zu sehen, wie sie beispielhaft in der Erklärung der Menschenrechte von 1948 vorliegen. Diese Rechte sind Abwehrrechte, denen Anerkennungspflichten gegenüberstehen. Der Klinische Sozialarbeiter ist Adressat dieser Anerkennungspflichten.
- Neben den Abwehrrechten beinhaltet der Begriff der Menschenrechte auch Anspruchsrechte (ebd.). Diesen korrelieren Fürsorgepflichten. Klinische Sozialarbeiter berücksichtigen in ihrem Handeln die Fürsorgepflichten, die in bezug auf ihre Klienten bestehen.

## Verantwortung

Der Begriff Verantwortung wird im Code of Ethics der C S W F sehr häufig benutzt. So heißt es unter anderem: "Sie (die Klinischen Sozialarbeiter, d. Verf.) übernehmen Verantwortung für die Folgen ihrer Arbeit... Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter tragen eine bedeutsame professionelle Verantwortung, weil ihre Handlungen und Empfehlungen das Leben ihrer Klienten stark beeinflussen können." (Prinzip 1)

Die eben zitierten Stellen beziehen sich auf die Verantwortung der Klinischen Sozialarbeiter gegenüber dem Klienten. Eine andere Ebene der Verantwortung spricht die folgende Stelle an: "Wenn ein Konflikt entsteht, ist es ihre primäre Verantwortung, die moralischen Standards des Berufes aufrecht zu erhalten." (Prinzip 1)

Das Verhältnis zwischen klinischem Sozialarbeiter und Auftraggeber wird folgendermaßen gewichtet. "Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, die Dienstleistungen bereitstellen, die von dritter Seite vergütet werden, übernehmen primär Verantwortung für das Wohlergehen der Klienten." (Prinzip 2)

Klinische Sozialarbeiter übernehmen nicht nur Verantwortung, sondern machen diese innerhalb eines Klientensystems auch transparent: „Wenn Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter Dienstleistungen für zwei oder mehr Personen bereitstellen, die eine Beziehung miteinander haben, erklären sie allen Parteien gegenüber die eigene professionelle Verantwortung.“ (Prinzip 2)

Der Klinische Sozialarbeiter ist nicht nur im Rahmen unmittelbarer Handlungen verantwortlich. Die Verantwortlichkeit erstreckt sich auch auf die Ausbildung seiner sozialarbeiteri-

schen/klinischen Handlungskompetenz: „Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter erkennen die Verantwortung an, sich ständig zum Wohle ihrer Klienten weiterzubilden“ (Prinzip 2)

Weiter bezieht sich Verantwortung ebenfalls auf Tätigkeiten in Lehre und Ausbildung: „Als Hochschullehrer, Lehrer bzw. Ausbilder, Anleiter, Mentoren und Supervisoren sind sie verantwortlich für die Erhaltung hoher Standards in Objektivität und Ausbildung“ (Prinzip 2).

Entsprechend ihrer Ausrichtung lässt sich Verantwortung in verschiedene Typen klassifizieren<sup>11</sup> (Lenk 1997, 84 ff.):

1. Kausalhandlungsverantwortlichkeit: Hier handelt es sich um die Wirkungsverantwortung beim Handeln. Ein Handelnder bringt hier ursächlich einen bestimmten Folgezustand zuwege. Dieser Typ der Verantwortung ist im Code of Ethics der C S W F mehrfach angesprochen. Er bezieht sich auf die Klienten, die in besonderem Maße vom Handeln des Klinischen Sozialarbeiters betroffen sind.
2. Betroffenheits-Begegnungsverantwortlichkeit: Dieser Typ ist dadurch charakterisiert, dass er in einer bestimmten Begegnungssituation der Hilfsbedürftigkeit aktiviert wird.
3. Fürsorglichkeitsverantwortlichkeit: Hier handelt es sich um Verantwortung, die sich auf die Macht gegenüber von dieser Macht abhängigen Wesen bezieht. Auch dieser Verantwortungstyp wird im Code of Ethics angesprochen. Klienten sind vielfach abhängig von der Macht des Experten, dem Klinischen Sozialarbeiter.
4. Rollen- und Aufgabenverantwortung: Hier geht es um Berücksichtigung der Standards des Berufes. Dabei ist eine

---

<sup>11</sup> Die sehr differenzierte Untergliederung von Lenk wird an dieser Stelle nur teilweise wiedergegeben.

mehr oder weniger spezifizierte Rolle auszufüllen, deren Erfüllung eine verantwortliche Aufgabe ist. Sie ist ebenfalls im Code of Ethics der C S W F angesprochen.

5. **Fähigkeitsverantwortung:** Dieser Typ hebt auf die Verpflichtung ab, seine Fähigkeiten so auszubilden, dass man in der Lage ist, seine berufliche Aufgabe auch angemessen auszuüben. Im Code of Ethics findet dieser Verantwortungstyp Niederschlag in Verpflichtung zur Fort- bzw. Weiterbildung.
6. **Metaverantwortlichkeit:** Hier geht es in Lenks Konzept darum, dass Ethiker Ethiken entwickeln sollen, die einen Beitrag zum verantwortlichen Handeln leisten (ebd., 85). In Bezug auf die Klinische Sozialarbeit kann man diesen Verantwortungstyp so modifizieren, dass die Verantwortung der Lehre und Wissenschaft in Bezug auf verantwortbares Handeln in der Praxis thematisiert wird. Auch dieser Punkt wird im Code of Ethics direkt angesprochen.

Die Bedeutung des Verantwortungsbegriffs hat in der Gegenwart enorm zugenommen (Kodalle, 1996). Die Möglichkeiten des Menschen auf natürliche, gesellschaftliche und psychische Prozesse Einfluss zu nehmen, ist in der Moderne in einem für traditionelle Gesellschaften unvorstellbaren Ausmaß angewachsen. Von daher bekommt die Verantwortung des Menschen einen ständig wachsenden Stellenwert. Dies gilt nicht nur für den Bereich der Naturwissenschaften - z.B. die Gentechnologie -, sondern auch für den Bereich der Humanwissenschaften und letztendlich auch für die Soziale Arbeit. Ihre Methoden sind zusehends stärker spezifiziert und in ihrer Effektivität angewachsen. Dem Klinischen Sozialarbeiter steht ein breites Spektrum von diagnostischen Werkzeugen sowie von Interventionsmöglichkeiten zur Verfügung. Auch dieser Bereich ist von traditionellen Selbstverständlichkeiten und Routinen freigesetzt. Von daher muss der Klinische Sozialarbeiter in

bezug auf seine Klienten verantwortlich aus dem breiten Spektrum der Möglichkeiten eine geeignete Wahl treffen.

Verantwortung wird meist als vierstellige Relation<sup>12</sup> bezeichnet (nach Pieper). Man unterscheidet innerhalb dieser Relation zwischen (a) dem Träger der Verantwortung, (b) dem Gegenstand der Verantwortung, (c) der Instanz, vor der der Träger verantwortlich ist und (d) den Kriterien, nach denen Verantwortung zugeschrieben wird. Philosophische Konzepte, die zum Verantwortungsbegriff entwickelt wurden, unterscheiden sich dadurch, dass unterschiedliche Gegenstände oder Instanzen der Verantwortung benannt werden. So geht beispielsweise Weischedel davon aus, dass der Mensch vor sich selbst, also vor seinem Gewissen, verantwortlich ist (ebd.). Jonas dagegen lokalisiert die Instanz, vor der wir verantwortlich sind, im Sein, das als werthaft begriffen wird. Levinas wiederum begreift Verantwortung als unmittelbares Ergriffensein durch den anderen, dass keiner vermittelnden Instanzen - wie beispielsweise ethischer Prinzipien - bedarf (Lenk 1996, 51 ff.).

In der Klinischen Sozialarbeit ist der Träger der Verantwortung im allgemeinen der in diesem Bereich professionell Tätige. Gegenstand der Verantwortung sind die Klienten, oder das Klientensystem. Verantwortung bezieht sich auf die innerhalb einer Machtbeziehung schwächeren Glieder. Vor welcher Instanz ist der Sozialarbeiter verantwortlich? Auf diese Frage sind unterschiedliche Antworten möglich. Im Code of Ethics werden die beruflichen Standards angesprochen. Dabei handelt es sich jedoch eher um ein Kriterium als um eine Instanz. Als Instanz könnte beispielsweise eine Kammer oder ein vergleichbares Organ fungieren, das berufliche Standards vertritt

---

<sup>12</sup> Neben dieser Fassung des Begriffs Verantwortung gibt es weitere, die zusätzliche Relationselemente berücksichtigen (Martin 2001).

und gegebenenfalls Verstöße negativ sanktioniert. Andere Instanzen, die in der ethischen Diskussion häufig genannt werden, sind, da sie in einer pluralistischen Gesellschaft nicht allgemeinverbindlich gemacht werden können, als problematisch anzusehen. So kann Gott als Instanz vor der man verantwortlich ist, nur für gläubige Menschen von Relevanz sein. Analog setzt beispielsweise die nach Jonas bestehende Verantwortung für das Sein eine bestimmte Ontologie voraus, die nicht von allen Menschen - z.B. Vertretern einer positivistischen Position - geteilt wird.

## **Wohlergehen**

Die allgemeine Verantwortung Klinischer Sozialarbeiter (Prinzip I) bezieht sich auch auf das Wohlergehen ihrer Klienten. So heißt es im Code der C S W F : „Diese Standards (moralischen Standards des Berufes, d. Verf.) verlangen als vorrangige Pflicht ein Engagement für das Wohlergehen der Klienten.“ Im Zusammenhang mit der Verantwortung gegenüber Klienten (Prinzip II) wird dies noch einmal unterstrichen: „Klinische Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter...schützen das Wohlergehen ...ihrer Klienten.“

Das Engagement für das Wohlergehen des Klienten bedeutet, dass der Klinische Sozialarbeiter seine Interventionen am Wohl des Klienten orientieren sollte. In Anlehnung an Begriffe der Medizinethik kann eine derartige Grundhaltung als Paternalismus bezeichnet werden (Zoglauer 2002, 35). Der Begriff des Paternalismus stammt ursprünglich aus der Staatsphilosophie. Der Staat hat nach dieser Auffassung die Aufgabe, sich um das Wohl seiner Bürger ähnlich wie ein fürsorglicher Vater zu

kümmern (ebd.). Der Paternalismus bezieht sich auf utilitaristische Prinzipien. Der Utilitarismus (lat.; utilis = nützlich) ist eine ethische Theorie, die besagt, dass eine Handlung dann gut ist, wenn sie das Wohlergehen oder das Glück in optimaler Weise fördert (Gil 1993, 95 ff.). Dabei bezieht sie sich nicht nur auf den einzelnen, sondern auf alle, die von einer Handlung betroffen sind.<sup>13</sup>

Wenn Klinische Sozialarbeiter das Wohl ihrer Klienten ins Zentrum ihres Handelns stellen, müssen sie sich fragen, ob Interventionen für ihre Klienten förderlich sind. Hierbei müssen sie eine Vorstellung darüber voraussetzen, was das Wohlbefinden von Klienten erhält oder verbessert. Ein derartiges Konzept beansprucht, eine objektive Perspektive zu sein.<sup>14</sup> Hierbei kann es sich beispielsweise um eine Liste elementarer menschlicher Funktionsfähigkeiten handeln, die als Voraussetzung für Wohlbefinden angesehen werden können. Eine derartige Liste wurde von der kommunitaristischen Philosophin Martha Nussbaum<sup>15</sup> entwickelt (Reese-Schäfer 2001, 65 ff.). Nussbaum orientiert sich am Aristotelismus. Ausgangspunkt ist die Vorstellung, dass trotz der Historizität und sozialen Bedingtheit des Menschen keine alles erfassende Relativität vorliegt. Es gibt in Bezug auf den Menschen zentrale Grundfunktionen, die ein ge-

---

<sup>13</sup> Hier handelt es sich um das sogenannte Sozialprinzip (Baum 1996). Gemäß diesem Prinzip ist der Utilitarismus keine egoistische Ethik, sondern eine Ethik, die sozialmoralische Verpflichtungen berücksichtigt.

<sup>14</sup> Natürlich kann sich aufgrund neuer empirischer Erkenntnisse die Vorstellung darüber, was notwendig ist, um Wohlbefinden zu befördern, verändern. Bis auf weiteres beansprucht das vom Klinischen Sozialarbeiter unterstellte Konzept jedoch Gültigkeit und kann somit als objektiver Maßstab zur Beurteilung dessen, was dem Klienten zuträglich ist, angesehen werden.

<sup>15</sup> Martha Nussbaum (\* 1947) ist Professorin of Law and Ethics an der Universität of Chicago. Sie war an einem UNO-Institut für Entwicklungspolitik in Helsinki tätig und hat sich intensiv mit Fragen der Lebensqualität befasst. (Reese-Schäfer 2001, 66).

lungenes Leben ermöglichen. Der Versuch, derartige Grundfunktionen wiederum zu relativieren - ein in der zeitgenössischen Philosophie vielfach unternommener Versuch -, ist nach Nussbaum abzulehnen. Unabhängig von aller historischen und kulturellen Relativität lassen sich Grundfunktionen feststellen, die *zeit- und kulturunabhängig* als Voraussetzung eines guten Lebens gelten können. Im Folgenden werden zentrale Grundfunktionen aus der Liste dargelegt:

- Fähig zu sein, bis zum Ende...leben zu können; nicht frühzeitig zu sterben...
- Fähig zu sein, eine gute Gesundheit zu haben...
- Fähig zu sein, unnötigen und unnützen Schmerz zu vermeiden und lustvolle Erlebnisse zu haben.
- Fähig zu sein, die fünf Sinne zu benutzen; fähig zu sein, zu phantasieren, zu denken und zu schlussfolgern.
- Fähig zu sein, Bindungen zu Dingen und Personen außerhalb unserer selbst zu unterhalten; diejenigen zu lieben, die uns lieben und sich um uns kümmern...in einem allgemeinen Sinne zu lieben und trauern sowie Sehnsucht und Dankbarkeit empfinden zu können.
- Fähig zu sein, sich eine Auffassung des Guten zu bilden und sich auf kritische Überlegungen zur Planung des eigenen Lebens einzulassen.
- Fähig zu sein, zu lachen, zu spielen und erholsame Tätigkeiten zu genießen.
- Fähig zu sein, das eigene Leben und nicht das von irgendjemand anderem zu leben.
- Fähig zu sein, das eigene Leben in seiner eigenen Umwelt und in seinem eigenen Kontext zu leben (Nussbaum zit. nach ebd. 71 f.).

Die genannten Grundfunktionen können für Klinische Sozialarbeiter eine Orientierung bilden, zentrale Faktoren zur Förde-

zung menschlichen Wohlbefindens zu erfassen. Zudem bieten sie Ansatzpunkte für Interventionen, die sich auf das Wohlbefinden von Klienten beziehen. Sie liefern weiter Maßstäbe zur Beurteilung und Kritik von Lebensverhältnissen und überschreiten die Relativität subjektiver Äußerungen<sup>16</sup>, indem sie objektive Kriterien menschlichen Wohlbefindens argumentativ ausweisen.

## Selbstbestimmung

Im Code of Ethics der C S W F wird Selbstbestimmung als ein weiteres zentrales berufsethisches Prinzip angesprochen: "Klinische...Sozialarbeiter... maximieren die Selbstbestimmung ihrer Klienten." (Prinzip II)

Auch in den B P des DBSH wird Selbstbestimmung als zentraler moralischer Wert verstanden: "Die Mitglieder des DBSH erkennen, respektieren und fördern die individuellen Ziele...der Klientel..." (3.1)

Das Konzept der Selbstbestimmung bzw. der personalen Autonomie ist ein grundlegendes Konzept der abendländischen Philosophie (Zoglauer 2002, 34), das in der Moderne zum Leitprinzip wird. Es beinhaltet insbesondere das Recht auf Privatsphäre<sup>17</sup> und das Recht auf Freiheit der Person. Konkret be-

---

<sup>16</sup> Ein Klient könnte beispielsweise nachhaltig tiefere Kontakte meiden. Wenn man seine subjektiven Absichtserklärungen zum einzigen Maßstab machen würde, würde dies bedeuten, dass eine Intervention nicht mehr legitimiert werden könnte.

<sup>17</sup> Das Recht auf Privatsphäre schlägt sich im Code of Ethics der C S W F wie auch in den B P des DBSH insbesondere in der umfangreichen Würdigung des Datenschutzes nieder (vgl. 3.6. - 3.9. der BP des DBSH und Prinzip III des Code of Ethics der C S W F)

deute das: Niemand kann einem anderem vorschreiben, wie er zu leben hat; jeder kann selbst in Freiheit entscheiden, was er tut.

Das Prinzip der Selbstbestimmung lässt unterschiedliche Interpretationen zu (Irrgang 1995, 75 ff.):

- Selbstbestimmung im Sinne des *Emotivismus*: Stimmungen, Neigungen und subjektive Auffassungen einer Person werden hier als gültige und zu akzeptierende Entscheidungsgrundlage angesehen. Der Sozialarbeiter ist nach diesem Verständnis von Selbstbestimmung nicht berechtigt, Entscheidungen des Klienten zu hinterfragen. Ein rationaler Maßstab zur Beurteilung von Handlungsentscheidungen liegt gemäß dieser Position nicht vor.
- Selbstbestimmung im Sinne *moralischer Autonomie*: Entscheidungen können nach dieser Auffassung nur anerkannt werden, wenn sie sich vernünftig, d.h. als verallgemeinerungsfähig in einem Diskurs ausweisen lassen. Der Sozialarbeiter wäre demgemäß nicht verpflichtet, jede Entscheidung eines Klienten kritiklos anzuerkennen. Der Klient ist vielmehr verpflichtet, seine Entscheidung als moralisch vertretbare Entscheidung zu begründen.

Selbstbestimmung im Sinne moralischer Autonomie beinhaltet einen anspruchsvollen Begriff von Freiheit. Es geht hier nicht nur darum, dass man beliebige Entscheidungen fällen kann, sondern um die Möglichkeit, Entscheidungen unabhängig von äußeren Zwängen, d.h. nur von der *eigenen* Vernunft gleitet, zu fällen. Vernunft wird hier nicht in einem instrumentellen bzw. zweckrationalen Sinn verstanden. Es geht nicht um die Erreichung egoistischer Interessen. Vernünftig sind vielmehr Entscheidungen, wenn sie sich:

- argumentativ vor den Beteiligten und Betroffenen ausweisen lassen.

- verallgemeinert werden können, d.h., ich die Auffassung vertreten kann, dass auch andere Menschen unter vergleichbaren Bedingungen gleich entscheiden sollten.
- Der Selbstzweckcharakter des Menschen berücksichtigt wird, d.h., dass ich selbst oder der andere nicht nur als Mittel, sondern auch als Wert an sich selbst gesehen werde.

Insbesondere das Prinzip des Wohlergehens und das Prinzip der Selbstbestimmung können immer wieder in Konflikt treten. Dies gilt vor allem dann, wenn Selbstbestimmung im Sinne des Emotivismus interpretiert wird. Beispielsweise gäbe es keine Legitimation, einen Klienten bei selbstgefährdenden Handlungen zu schützen, wenn die Selbstbestimmung im Sinne des Emotivismus als oberstes Prinzip fungieren würde<sup>18</sup>.

Die moralischen Konfliktsituationen, die sich hier ergeben, lassen sich entschärfen, wenn man Selbstbestimmung im Sinne moralischer Autonomie versteht. Es stellt sich jedoch in der Praxis die Frage, wie sich ein anspruchsvolles Freiheitsprinzip auf den Einzelfall beziehen lässt. Was bedeutet moralische Autonomie in einer konkreten Situation? Welche Entscheidungen von Klienten sind zu respektieren und welche Entscheidungen müssen als abzulehnende Willkürentscheidung angesehen werden? Das Prinzip des informierten Einverständnisses (informed consent) leistet eine Operationalisierung des Begriffes der moralischen Autonomie. Daraus ergeben sich für die Praxis Hilfestellungen bei der Bewältigung moralischer Dilemmata.

---

<sup>18</sup> Wie soll sich beispielsweise ein Streetworker verhalten, der Jugendcliquen betreut, die illegale Drogen konsumieren? Soll er im Sinne eines umfassenden Selbstbestimmungsrechts hier jede Beeinflussung unterlassen oder sollte er im Interesse des Wohlergehens, das auch die langfristigen sozialen und gesundheitlichen Folgewirkungen berücksichtigt, intervenieren?

## **Informed consent**

Das informierte Einverständnis ist ein weiteres zentrales Prinzip der beiden hier besprochenen Ethikkodes. Der DBSH fordert von seinen Mitgliedern: „Die Mitglieder des DBSH informieren ihr Klientel über Art und Umfang der verfügbaren Dienstleistungen sowie über Rechte, Verpflichtungen, Möglichkeiten und Risiken der sozialen Dienstleistungen und schließen darüber einen Kontrakt.“ (3.2) Im Code of Ethics der C S W F heißt es: „Klinische Sozialarbeit findet innerhalb eines Kontextes von Informiertheit und Konsens statt. Dies verlangt, dass die Klienten über Art und Ausmaß der Dienstleistung informiert sind und die gegenseitigen Grenzen, Rechte, Möglichkeiten und Pflichten kennen, die mit der Bereitstellung dieser Dienstleistungen verbunden sind. Damit ein solcher Konsens zustande kommt, müssen Klienten in für sie erkennbarer und nachvollziehbarer Weise informiert werden, so dass sie frei und ohne unangemessene Einflussnahme wählen und entscheiden können.“ (Prinzip II)

Durch das informierte Einverständnis soll eine wirklich autonome Entscheidung über die im Sinne des Klienten richtige Intervention erreicht werden (Schramme 2002, 31 ff.). In der Medizinethik wurden folgende Bedingungen formuliert, die als Voraussetzung für ein informiertes Einverständnis angesehen werden. Die hier genannten Bedingungen lassen auf die Klinische Sozialarbeit übertragen:

- **Kompetenz:** Der Klient muss über bestimmte Fähigkeiten (kognitiv, emotional, sprachlich usw.) verfügen. Nur unter dieser Voraussetzung ist es sinnvoll, seine Zustimmung einzuholen.

- **Freiwilligkeit:** Die Zustimmung darf nicht unter Zwang oder aufgrund vorhergehender Manipulation erfolgen<sup>19</sup>.
- **Informiertheit:** Der Klient ist über die Art der Behandlung sowie sich möglicherweise ergebende Folgen aufzuklären.
- **Zustimmung:** Eine Intervention darf erst erfolgen, wenn der Klient seine Zustimmung erklärt hat.

Die genannten Bedingungen kann man als Versuch ansehen, willkürliche Entscheidungen bei Klienten weitgehend auszuschließen. Sind die genannten Bedingungen erfüllt, haben Entscheidungen von Klienten den Charakter moralischer Selbstbestimmung. Sie müssen dann die Interventionsentscheidungen von Klinischen Sozialarbeitern leiten. Ausnahmen müssten aufgrund des absoluten Vorrangs anderer Prinzipien begründet werden.

Eine ethisch/philosophische Begründung des Prinzips des informierten Einverständnisses kann die sogenannte Diskursethik liefern (Habermas 1983). Die Diskursethik ist eine Theorie der normativen Ethik, die besagt, dass theoretische und praktische Wahrheit<sup>20</sup> dann vorliegt, wenn seitens aller Beteiligten und Betroffenen eine Zustimmung erfolgt. Bezogen auf die Tätigkeit von Klinischen Sozialarbeitern bedeutet dies, dass eine Intervention nach dem Kriterium des informed consent dann er-

---

<sup>19</sup> Hier ergeben sich im Einzelfall schwierige moralische Fragestellungen. Ist es beispielsweise möglich, dass ein suchtkranker Mensch freiwillig entscheiden kann, angesichts der Tatsache, dass Sucht mit einer zwanghaften Tendenz korreliert.

<sup>20</sup> Theoretische Wahrheit bezieht sich auf Tatsachenaussagen. Praktische Wahrheit bezieht sich auf Normen. Im Falle einer Interventionsentscheidung auf der Basis konfligierender moralischer Prinzipien handelt es sich somit um eine Frage nach praktischer Wahrheit, da es um eine Entscheidung bei einem Konflikt um Fundamentalnormen geht.

folgen darf, wenn der Klient unter den oben genannten Bedingungen zugestimmt hat<sup>21</sup>.

## Gerechtigkeit

Der Wert der Gerechtigkeit findet in den B P des DBSH mehrfach Erwähnung. So heißt es bei der Beschreibung der Ausgangslage in der Berufsethik des DBSH: „In ... der strukturellen Gerechtigkeit verpflichten sie<sup>22</sup> sich auf Werte, die die Einbindung der Person in die Gesellschaft und ihren Schutz in der Gesellschaft sichern.“ (1) Die B P des DBSH wenden sich unter Bezugnahme auf die Gerechtigkeit gegen jede Art der Diskriminierung: „Die Mitglieder des DBSH begegnen jeder Art von Diskriminierung, sei es aufgrund politischer Überzeugung, nationaler Herkunft, Weltanschauung, Religion, Familienstand, Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung, Rasse, Farbe oder...Status.“ (2.1) Einen dezidiert politischen Auftrag erhalten die Mitglieder des DBSH durch 2.5 der berufsethischen Prinzipien: „Die Mitglieder des DBSH treten für die Verwirklichung der Rechte sozial Benachteiligter öffentlich ein. Sie sind gehalten, politische Prozesse in Gang zu bringen, mitzugestalten, sowie die hierfür benötigten Kräfte zu mobilisieren.“

Im Code of Ethics der C S W F wird der Wert der Gerechtigkeit in der Präambel angesprochen. Hier heißt es: "Diese Grundwerte (der Klinischen Sozialarbeit, d. Verf.) umfassen...die Verbundenheit mit unserer demokratischen Gesell-

---

<sup>21</sup> Die Fundamentalnorm der Diskursethik, also die Bindung von Wahrheit an Zustimmung, wird im Rahmen der Diskursethik durch einen Rückgang auf die transzendentalpragmatischen Strukturen der Sprache begründet. Auf eine Darlegung dieser Zusammenhänge wird hier verzichtet (vgl. Habermas 1983).

<sup>22</sup> Direkt angesprochen sind hier die Mitglieder des DBSH. Man kann diese Forderung jedoch auf alle Sozialarbeiter bzw. Sozialpädagogen verallgemeinern.

schaft, die allen ihren Mitgliedern die gleichen Lebenschancen in gerechter und vorurteilsfreier Weise bieten soll, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit."

Der Gerechtigkeitsbegriff lässt sich bis in die Frühgeschichte der Menschheit zurückverfolgen (Höffe 2001). Ursprünglich bedeutete Gerechtigkeit die Einstellung, alles, was Gesetz und Sitte fordern, freiwillig zu erfüllen (ebd., 22 ff.). In der Folgezeit entwickelten sich vielfältige Differenzierungen des Gerechtigkeitsbegriffes, die insbesondere durch Aristoteles begrifflich fixiert wurden. Von zentraler Bedeutung ist die Unterscheidung von *austeilender* und *ausgleichender* Gerechtigkeit (Röd 1994, 182). Die austeilende Gerechtigkeit sichert jedem das, was ihm angemessen ist und geht somit von der Ungleichheit der Menschen aus. Die ausgleichende Gerechtigkeit dagegen behandelt alle gleich und unterstellt somit die unterschiedlose Gleichheit aller (Ritsert 1997).

Für die Soziale Arbeit ist die austeilende Gerechtigkeit von zentraler Bedeutung. Sie kann nicht von der unterschiedlosen Gleichheit der Menschen ausgehen, denn de facto liegen Unterschiede vor. Menschen unterscheiden sich durch Status, Vermögen, Einkommen, Bildung usw. Soziale Arbeit als Teil staatlicher Sozialpolitik (Bommes/Scherr 2000) knüpft an diese Ungleichheiten an und stellt Kompensationsleistungen zur Verfügung, um tatsächlich bestehende Ungleichheiten abzumildern. Sie bietet Hilfen, damit bestimmte Bevölkerungsgruppen die ihnen in unserer Gesellschaft rechtlich eröffneten Möglichkeiten auch tatsächlich wahrnehmen zu können (Kerber 1998, 85).

Kerber (ebd., 83) unterscheidet vier Formen der austeilenden Gerechtigkeit:

- *Besitzstandsgerechtigkeit*: Das, was einem Menschen angemessen ist, wird durch seinen Status definiert. Diese Form der Gerechtigkeit dominierte in der Antike und im Mittelalter. Sie findet prägnanten Ausdruck in der auf Aristoteles zurückgehenden Formel, dass „jedem das Seine“<sup>23</sup> gegeben werden solle (ebd.: 79).
- *Leistungsgerechtigkeit*: Diese Form der Gerechtigkeit ist spezifisch für die moderne Gesellschaft. Das, was jemandem zusteht, leitet sich ab aus der Leistung, die er erbringt. Eine gerechte Verteilung von Einkommen, Vermögen usw. ergibt sich aus dem jeweiligen Beitrag, den der einzelne leistet.<sup>24</sup> Durch Leistungsgerechtigkeit werden bestehende Ungleichheiten vergrößert; zudem wirkt die Leistungsgerechtigkeit trennend und nicht verbindend.
- *Chancengerechtigkeit*: Sie ist Bestandteil der *sozialen Gerechtigkeit* und beinhaltet die Forderung des Abbaus von rechtlichen und sozialen Diskriminierungen<sup>25</sup>. Die tatsächlichen Voraussetzungen der Mitglieder einer Gesellschaft sind unterschiedlich. Beispielsweise sind Kinder aus der sozialen Unterschicht oder Kinder ausländischer Familien, trotz rechtlicher Gleichstellung, de facto aufgrund ihrer Sozialisationsbedingungen benachteiligt. Der strukturelle Auftrag, der der Sozialen Arbeit hier zukommt wird - wie oben dargelegt - in den B P des DBSH explizit formuliert.

---

<sup>23</sup> Die Formel findet sich bei Aristoteles (Rhet. 1366 b 9 ff.). Von den Nationalsozialisten wurde diese Formel fundamental missbraucht (und stand als Inschrift am Eingangstor des Konzentrationslagers Buchenwald). Sie bezog sich dort nicht auf die Strukturen der antiken (freie Bürger, Frauen, Sklaven) bzw. mittelalterlichen Gesellschaft, sondern vorrangig auf das Volk der Juden und diente der missbräuchlichen Rechtfertigung von Diskriminierung und Mord.

<sup>24</sup> Auch die Notengebung an Schulen folgt dem Prinzip der Leistungsgerechtigkeit. Jeder Schüler erhält - so zumindest das Konzept in seiner Idealform - die Note, die seinen Leistungen entspricht.

<sup>25</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen in den B P des DBSH zur Diskriminierung (2.1)

- *Bedürfnisgerechtigkeit*: Diese Form der Gerechtigkeit besagt, dass knappe Güter so zu verteilen sind, dass jedem wenigstens das Existenzminimum sichergestellt wird (ebd., 86).

In den bisherigen Überlegungen wurde Gerechtigkeit als moralische Norm vorausgesetzt. Wie ist die Forderung nach Gerechtigkeit begründbar und wieweit reicht diese Forderung? Der bekannteste Ansatz, der sich mit diesen Fragen beschäftigt, stammt von Rawls. Er geht in einem Gedankenexperiment von einem hypothetischen Urzustand aus (Kersting 1993). Der Sinn und Zweck seines Vorgehens ist - im Sinne der normativen Ethik -, zwei Gerechtigkeitsprinzipien zu begründen. Der Urzustand ist durch einen Schleier der Unwissenheit<sup>26</sup> charakterisiert. Keiner der Beteiligten weiß, welche Position er in der Zukunft innehaben wird. Aufgrund seines eingeschränkten Wissens, stimmt er ausschließlich Gerechtigkeitsgrundsätzen zu, die unabhängig von der eingenommen Perspektive sind. Am Beispiel: Da ich nicht weiß, ob ich nicht in Zukunft ein Asylant in einem Immigrationsland sein werde, werde ich nur Regeln befürworten, die auch für Asylanten akzeptabel sind. Rawls expliziert den Begriff der Gerechtigkeit über den Begriff der Fairness: Immer wenn in einer fairen Beratung - also den Bedingungen des hypothetischen Urzustandes - einer Regel zugestimmt wird, kann sie als gerecht bezeichnet werden.

Von dieser Überlegung ausgehend formuliert Rawls zwei Gerechtigkeitsprinzipien: Das erste besagt, dass jedermann das gleiche Recht auf gleiche Grundfreiheiten hat (Pieper 1997, 102 f.). Das zweite Gerechtigkeitsprinzip legitimiert wirtschaftliche Ungleichheiten, (a) wenn sie den am wenigsten Begüns-

---

<sup>26</sup> Veil of ignorance

tigten zum Vorteil reichen und (b) mit Ämtern und Positionen verbunden sind, die jedermann prinzipiell offen sehen.

Ethikcodes der Sozialen Arbeit benutzen durchgehend den Gerechtigkeitsbegriff. Rawls Theorie ist eine sinnvolle Möglichkeit, diesen Begriff, dessen Bedeutung in den Ethikcodes offen bleibt, begrifflich zu präzisieren und als Kriterium zur Beurteilung der Praxis zu operationalisieren.

## 4. Prinzipien mittlerer Reichweite

Auch in Bezug auf eine Ethik Klinischer Sozialarbeit stellt sich wie in anderen Bereichen angewandter Ethik die grundlegende Frage nach dem Verhältnis zwischen einer ethischen Theorie bzw. ihren Grundbegriffen und dem Einzelfallurteil (Schöne-Seifert 1996, 559). Wie sollen ethische Theorien in der Praxis Klinischer Sozialarbeit zur Anwendung kommen? Grundsätzlich lassen sich drei Modellvorstellungen unterscheiden:

- Deduktives Anwendungsmodell: Ein Einzelfall wird auf der Basis des Grundprinzips einer ethischen Theorie entschieden.
- Einzelfallerkenntnis oder Kasuistik: Jeder Einzelfall wird weitgehend isoliert behandelt; es werden lediglich Bezüge zu ähnlich gelagerten Fällen vorgenommen; auf übergeordnete Prinzipien (z.B. Gerechtigkeit, Selbstbestimmung) wird nicht Bezug genommen.
- Zirkuläres Adaptionsmodell: Ausgangspunkt sind Prinzipien mittlerer Reichweite; sie werden auf einen konkreten Fall bezogen (von oben nach unten) und im Hinblick auf die spezifische Situation des Falles interpretiert (von unten nach oben).

Das *deduktive Ablaufmodell* wird kritisiert, weil im allgemeinen das Prinzip einer ethischen Theorie nicht ausreicht, um alle Fälle der Praxis angemessen zu lösen. Hinzukommt, dass die allgemeinen Prinzipien nicht von allen Mitgliedern der Gesellschaft geteilt werden. Zudem ist die Interpretation allgemeiner Prinzipien meist nicht eindeutig (ebd., 560).

Das *kasuistische Modell* wird den Anforderungen an eine ethische Beurteilung nicht gerecht. Ethische Urteile setzen allgemeine Maßstäbe voraus, während die Kasuistik ausschließlich situationsbezogen urteilt.

Ein Beispiel für das *zirkuläre Adaptionsmodell* haben Beauchamp und Childress (1994) geliefert. Es entstammt der Medizinethik, lässt sich jedoch auch auf die Belange Klinischer Sozialarbeit beziehen. Dieses Modell geht von Prinzipien mittlerer Reichweite aus. Das bedeutet, dass man an eine Anbindung der Prinzipien an Theorien der normativen Ethik verzichtet. Man führt die Prinzipien stattdessen in ihrer alltäglichen Verwendungsweise ein. Diese Prinzipien sollen an unsere moralischen Alltagsüberzeugungen anknüpfen, die in einem Prozess der Interpretation und Konkretisierung rekonstruiert und in einen kohärenten Zusammenhang gebracht werden (<http://homepages.uni-tuebingen.de>).

Beauchamp und Childress stellten 1979 zum ersten Mal die folgenden vier Prinzipien vor:

negative Schadensvermeidung

- Positive Fürsorge
- Respekt vor Selbstbestimmung (Autonomie)
- Gerechtigkeit

Bei diesen Prinzipien handelt es sich um sogenannte *prima facie* gültige Prinzipien. Es sind moralische Grundprinzipien, die in unserer Kultur allgemein vertreten werden. Sie werden im Rahmen einer fallbezogenen Anwendung interpretiert und konkretisiert. Es ist zu fragen: Was bedeutet ein bestimmtes Prinzip in Bezug auf eine konkrete Situation? Wie ist beispielsweise Autonomie bezogen auf ein dreijähriges Kind oder einen schwer psychisch Kranken zu begreifen? Der Phase der Interpretation folgt die Gewichtung. Die vier Prinzipien legen oft unterschiedliche Handlungsentscheidungen nahe. So können beispielsweise Fürsorge und Autonomie in einen fundamentalen Konflikt geraten. Nach Beauchamp und Childress ist es erforderlich, diesen Konflikt in aller Schärfe zu explizieren

(ebd.). Durch die Verdeutlichung eines Konflikts werden bereits Auflösungsmöglichkeiten angedeutet. Eine Entscheidung für eine bestimmte Handlungsoption ergibt sich jedoch nicht im Sinne eines Algorithmus. Eine Auflösung grundlegender Wertkonflikte ist immer fallbezogen. Welchem Prinzip (z.B. Fürsorge oder Selbstbestimmung) in einem konkreten Fall der Vorzug zu geben ist, lässt sich nicht aus einer vorgegebenen Hierarchie der Prinzipien deduzieren. So kann in einem Fall das Prinzip der Autonomie entscheidendes Gewicht haben, während in einem anders gelagerten Fall der Wert der Fürsorge vorzuziehen ist.

Die von Beauchamp und Childress formulierten Prinzipien spielen sowohl in den BP des DBSH als auch in den ethischen Prinzipien der CSWF für Klinische Sozialarbeiter eine wichtige Rolle. Obwohl sie nicht alle Prinzipien, die in den Berufsethiken angesprochen werden, abdecken, kommt dem Ansatz von Beauchamp und Childress eine wichtige Funktion bei der Strukturierung von Fallentscheidungen zu.

Die von Beauchamp und Childress vorgenommene Ablösung der Prinzipien von ethischen Theorien erweist sich jedoch bei näherer Prüfung als undurchführbar. Die Bedeutung ethischer Grundprinzipien lässt sich nur im Kontext von ethischen Theorien angemessen erfassen. Eine nur am Commonsense orientierte Erläuterung der Prinzipien greift zu kurz, da sie den Differenzierungsgewinn, den die normative Ethik zur Interpretation der Prinzipien beitragen kann, nicht nützt. Weiter sind die einzelnen von Beauchamp und Childress genannten Prinzipien unterschiedlich interpretierbar. Eine Interpretation der Prinzi-

pien ist jedoch abhängig von der ethischen Theorie, die vom Praktiker vertreten wird<sup>27</sup>.

Hier stellt sich die Frage, wie angesichts dieser komplizierten Situation ethisch begründete Entscheidungen herbeigeführt werden können. Im nächsten Abschnitt soll diese Frage näher erörtert werden.

## **5. Anwendung berufsethischer Prinzipien in der Praxis Klinischer Sozialarbeit**

Bei der Anwendung ethischer Prinzipien geht es um die Frage: Welche Interventionsstrategie wird in der Praxis den berufsethischen Normen am meisten gerecht? Diese Frage lässt sich nicht einfach beantworten. Bereits die Darstellung einer Ausgangssituation bzw. eines Problems ist nicht wertfrei möglich. Die Identifizierung eines Problems setzt schon einen normativen sowie theoretischen Kontext voraus. So muss man beispielsweise über ein Konzept von Gesundheit oder Normalität verfügen - also ein normatives Konzept -, um problematische Abweichungen identifizieren zu können.

Auf der Basis von Problemanalysen lassen sich Zielformulierungen entwickeln. Aus einer Vielfalt möglicher Zielsetzungen sind bestimmte Ziele auszuwählen. Die hier anfallenden Entscheidungen haben nicht nur eine fachliche, sondern immer auch eine ethische Dimension. Die Wahl bestimmter Ziele beinhaltet zugleich eine Präferenz für bestimmte Interventionsstrategien.

---

<sup>27</sup> Hier ist es durchaus möglich, dass in der Praxis ethische Grundüberzeugungen vertreten werden, ohne dass ein Bewusstsein darüber existiert, welchen Theorien der normativen Ethik die eigenen Überzeugungen zuzuordnen sind.

Um die anfallenden Entscheidungen unter ethischen Aspekten zu qualifizieren, sind im Anschluss an eine Problemanalyse die ethischen Konflikte eines Falles herauszuarbeiten. In der Praxis kann man dabei auf ethische Grundbegriffe bzw. die von Beauchamp und Childress formulierten Prinzipien mittlerer Reichweite zurückgreifen. In Bezug auf die ethische Dimension eines Falles lassen sich Handlungsoptionen entwickeln, die einzelnen ethischen Prinzipien gerecht werden oder diese vermitteln. Die gefundenen Optionen lassen sich dann vergleichen und bewerten.

Lowenberg und Dolgoff empfehlen folgendes Vorgehen bei der Entscheidung ethischer Fragen (1996, 62 f.; Übers. des Verf.):

- Überprüfen Sie den „Code of Ethics“ um festzustellen, ob eine/einige der Regeln des Codes anwendbar ist/sind. Diese Regeln haben Vorrang vor dem persönlichen Wertesystem des Sozialarbeiters.
- Wenn eine oder mehrere Regeln des Codes anwendbar sind, müssen Sie diesen Regeln folgen.
- Wenn der Code sich nicht auf das spezifische Problem beziehen lässt oder wenn verschiedene relevante Regeln des Codes zu konfligierenden Handlungsanweisungen führen, benutzen Sie die Kriterien zur Anwendung ethischer Werte.

Lowenberg und Dolgoff nennen als Kriterien eine Liste ethischer Prinzipien und Vorrangregeln, die dem Sozialarbeiter eine ethisch begründete Handlungsentscheidung ermöglichen soll. Im einzelnen nennen sie (ebd.): Schutz des Lebens, Gleichheit, Autonomie und Freiheit, Geringster Schaden, Qualität des Lebens, Schutz der Privatsphäre und Vertraulichkeit sowie Wahrhaftigkeit und vollständige Enthüllung. Dem Schutz des Lebens wird von Lowenberg und Dolgoff ein absoluter Vorrang eingeräumt.

Problematisch an diesem Vorgehen ist:

- Die Regeln des Code of Ethics werden als heteronome Regeln interpretiert. Eine ethisch qualifizierte Sozialarbeit sollte Regeln des Berufskodes nicht nur im Sinne äußerlicher Pflichterfüllung, sondern auf der Basis einer *reflektierten Überzeugung* erfüllen. Letztere lässt sich nur über einen Lernprozess aneignen, der den Erwerb fachlicher wie ethischer Kompetenz umfasst.
- Der Bezug auf eine Liste ethischer Werte mit Vorrangregeln suggeriert, dass ethische Konflikte innerhalb der Sozialen Arbeit im Sinne eines Algorithmus bearbeitet werden können und eine definitive Lösung gefunden werden kann. Diese Annahme ist problematisch. So gehen beispielsweise Beauchamp und Childress (1994) davon aus, dass Prinzipien jeweils fallspezifisch interpretiert werden müssen.<sup>28</sup> Dies schließt eine für alle Fälle gültige Präferenzordnung von Werten bzw. Prinzipien aus.

Baum (1996, 155 f.) empfiehlt bei der Entscheidungsfindung im Rahmen einer berufsethisch fundierten Praxis folgendes Vorgehen:

- Selektionsregel: Zentraler Wert ist nach Baum der Selbstwert des Klienten bzw. aller Betroffenen. Jede Intervention ist daraufhin zu prüfen, inwieweit sie dem Selbstwert<sup>29</sup> des Klienten gerecht wird. Grundsätzlich sind nur Interventionen erlaubt, die diesen Anspruch erfüllen.
- Präferenzregel: In einem zweiten Schritt sind die Interventionsstrategien, die den ersten Test bestanden haben zu ge-

---

<sup>28</sup> Vgl. die Ausführungen zu "Prinzipien mittlerer Reichweite".

<sup>29</sup> Vgl. hierzu die Ausführungen zu den Werten *Menschenwürde* und *Selbstbestimmung*.

wichten. Der Intervention, die das größte Hilfspotential und das kleinste Schadenspotential hervorbringt, ist der Vorzug zu geben.

Bei diesem Entscheidungsverfahren sollen die folgenden Regeln berücksichtigt werden (ebd.):

- Alle beabsichtigten und nicht beabsichtigten Nebenfolgen sind zu berücksichtigen.
- Elementar notwendige Hilfen für einen Klienten haben stets Vorrang vor der Vermeidung eines im Verhältnis dazu gering einzuschätzenden Schadens, der Dritten entsteht.
- Hilfemaßnahmen, die den Selbstwert direkt berühren, haben Vorrang vor der Berücksichtigung anderer Interessen.
- Entscheidungen über Hilfsmaßnahmen sollten in sinnvollem Maße kooperativ erfolgen.<sup>30</sup>

Das von Baum vorgeschlagene Vorgehen vermeidet Schwierigkeiten des Ansatzes von Lowenberg und Dolgoff. Die zentralen Normen einer Berufsethik dürfen nach Baum nicht als heteronome Forderungen missverstanden werden. Eine *ethisch* qualifizierte Berufsausübung kommt erst zustande, wenn der Sozialarbeiter sich selbst *freiwillig* bzw. aus *Überzeugung* für die Übernahme berufsethischer Prinzipien entscheidet. Baum hebt weiter die Freiheit des Sozialarbeiters hervor. Nach der Durchführung einer intensiven Fallanalyse nach dem eben dargelegten Schema, können immer noch mehrere gleichwertige Lösungen vorliegen. Die Letztentscheidung in seinem Kompetenzbereich kann dem handelnden Sozialarbeiter nicht abgenommen werden (ebd., 156).

---

<sup>30</sup> Vgl. die Ausführungen zum "informed consent".

Problematisch an Baums Ansatz ist, dass er nicht alle Werte, die in B P angesprochen sind, gleichmäßig berücksichtigt. So wird die informierte Einwilligung nur in „sinnvollem Maße“ (ebd., 155) gefordert. Da Werte grundsätzlich fallspezifisch interpretiert werden müssen, birgt auch Baums Ansatz - wenn auch in weit geringerem Maße als der von Lowenberg und Dolgoff - die Gefahr, eine Präferenzordnung von Prinzipien unabhängig von der Problematik des Einzelfalles vorzugeben. Hier erweist sich Baum als Kantianer. Nach Kant gibt es keinen Widerstreit von Pflichten (*obligationes non colliduntur*). Nach seiner Auffassung lässt sich unabhängig von der konkreten Situation allgemein festlegen, welchem Wert Vorrang zu geben ist. Zum Beispiel ist das Wahrheitsgebot („Du sollst nicht lügen“) nach Kant stets zu befolgen, auch wenn dadurch ein Mensch zu Schaden käme (Zoglauer 1998, 116).

Ethische Kompetenz innerhalb der Sozialen Arbeit umfasst neben dem Erwerb ethischen Wissens (Begriffe, Theorien usw.) insbesondere die Entwicklung von Urteilskraft. (Höffe 2000, 260 f.; Thurnherr 2000). Diese umfasst als Elemente die *bestimmende* sowie die *reflektierende* Urteilskraft. Erstere ordnet Einzelfälle unter allgemeine Begriffe und Regeln, die vorgegeben sind. Letztere versucht zum individuellen Einzelfall den passenden Oberbegriff zu finden. Bei der praktischen Anwendung berufsethischer Prinzipien geht es genau hierum. Die Praxis muss daraufhin geprüft werden, welche ethischen Prinzipien jeweils zur Disposition stehen. Erst auf dieser Grundlage, also der Identifikation ethischer Prinzipien und ihrer Konflikte, kann eine Entscheidung darüber herbeigeführt werden, welchem Prinzip der Vorrang zu geben ist bzw. wie eine gelungene Vermittlung der Werte erfolgen kann. Um aber Prinzipien und gegebenenfalls deren Konflikte in bestimmten Situationen erfahren zu können, müssen wir uns in einem Horizont

bereits vollzogener Wertsetzungen<sup>31</sup> befinden, von wo aus uns eine Reflexion erst ermöglicht wird (Breuer 2000, 35). Einen solchen Horizont können für die Soziale Arbeit die in einer Gemeinschaft geteilten Wertsetzungen, aber auch B P und ihre Fundierung in der philosophischen Ethik darstellen.

Die Urteilskraft kann nicht gelehrt, sondern nur geübt und trainiert werden. Die Darlegung ethischer Konflikte in der Praxis setzt voraus, dass Sozialarbeiter ihre Sensibilität für diese Dimension der Wirklichkeit schulen. Dies ist nur möglich

1. auf der Basis einer Auseinandersetzung mit ethischen Theorien und Grundbegriffen
2. regelmäßiger Durchführung von Fallbesprechungen; dabei sollen zentrale ethische Konflikte herausgearbeitet und begründete Entscheidungen herbeigeführt werden.

Entscheidungen für bestimmte Handlungsweisen bzw. Interventionen müssen auch eine Begründung der fallspezifischen Präferenzordnung und der jeweils involvierten Werte beinhalten. Wertkonflikte müssen immer fallspezifisch aufgelöst werden. Dieser Grundsatz und die damit verbundene Anstrengung ließe sich nur umgehen, wenn eine allgemeine und situationsunabhängige Präferenzordnung existieren würde. Das bedeutet, dass beispielsweise für alle Fälle der Wert „Schadensvermeidung“ dem Wert der „Autonomie“ vorzuziehen wäre. Dies widerspricht aber unseren moralischen Intuitionen. Wir können uns durchaus Fälle denken, in denen der Autonomie unserer Klienten der Vorzug zu geben ist; auf der anderen Seite sind

---

<sup>31</sup> Die Überlegungen beziehen sich auf den Ansatz des kanadischen Kommunitariers Charles Taylor (\*1931), der in seiner Philosophie die Notwendigkeit einer Rückbindung des Subjekts an die Gemeinschaft, in der es situiert ist, deutlich macht. Nach dieser Auffassung ist unsere Fähigkeit, in bestimmten Situationen Werte zu identifizieren, ermöglicht aufgrund einer vorgängigen Wertvermittlung durch die Gemeinschaft.

Fälle möglich, wo die Autonomie eingeschränkt werden muss, um Schaden von unseren Klienten abzuwenden. Ähnliches kennen wir auch aus dem Alltag. Hier entscheiden wir vielfach je nach Situation, welcher Norm der Vorzug zu geben ist (Zoglauer 1998, 286). Zur Verdeutlichung sei hier folgendes Beispiel angeführt: Angenommen ich habe jemandem versprochen, an seiner Party teilzunehmen, aber zur gleichen Zeit ruft mich ein Freund an, der sich nicht wohl fühlt. Er möchte, dass ich zu ihm komme und mit ihm den Rest des Tages verbringe. In diesem Fall stehen sich die beiden Pflichten:

Du sollst gegebene Versprechen halten

Du sollst Freunden Beistand leisten

gegenüber. Eine Entscheidung lässt sich in diesem Fall wohl nur fällen, wenn man die Situationsumstände genauer kennt. Man möchte z. B. wissen, ob es dem Freund so schlecht geht, dass ein Treffen nicht auf morgen verschoben werden kann, oder ob es auch vertretbar ist, morgen das gemeinsame Treffen durchzuführen. Hier wird wiederum deutlich, dass sich keine fall- bzw. situationsunabhängige Präferenzordnung, die z.B. besagen würde, dass Versprechen grundsätzlich gehalten werden müssen, ausbilden lässt.

Ein Oszillieren zwischen dem konkreten Fall und den abstrakten Prinzipien ist Voraussetzung für eine ethisch qualifizierte Praxis. Ein einfaches Schema zur Lösung ethischer Konflikte existiert nicht. Bei der fallbezogenen Interpretation eines ethischen Prinzips kann es erforderlich werden, sich intensiv mit dem ethischen bzw. philosophischen Hintergrund eines Prinzips zu beschäftigen. Erst nach einer derartigen Vertiefung ist es in schwierigen Fällen möglich, Entscheidungen herbeizuführen, die mit der Berufsethik und mit eigenen Wertvorstellungen

vereinbar sind. Man kann ein derartiges Vorgehen als Kohären-  
tismus<sup>32</sup> bezeichnen (Zoglauer 1998, 301 ff.).

Manche mögen bedauern, dass es kein klares Bearbeitungs-  
schema mit eindeutigen Lösungen für ethische Konflikte gibt.  
Aber würde dies die Freiheit und Kreativität des Praktikers  
nicht annullieren? Ethik kann dem Praktiker die Entscheidung  
in der Praxis letztendlich nicht abnehmen. Sie kann lediglich  
dazu beitragen, den Kontext einer Entscheidung einer vertief-  
ten Betrachtung zuzuführen und Kriterien anbieten, die ein ho-  
hes Maß an Plausibilität beanspruchen können. Ethik ermög-  
licht damit eine fundiertere und reflektiertere Entscheidung als  
sie ohne ihre Berücksichtigung möglich wäre. Die Entschei-  
dung und damit auch die Verantwortung für das berufliche  
Handeln in der Klinischen Sozialarbeit kann sie dem Praktiker  
jedoch nicht abnehmen.

---

<sup>32</sup> Der Kohärenzismus wird an dieser Stelle aus Platzgründen nicht systematisch  
dargelegt. Eine gute Einführung findet sich in Zoglauer (1998). Prinzipiell geht  
es darum, dass (a) keine Präferenzordnung von Normen, Werten und Prinzipien  
vorliegt, dass (b) situationspezifisch entschieden werden muss, welchem Wert  
jeweils Vorrang zu geben ist und dass (c) Widerspruchsfreiheit (Kohärenz)  
zwischen den jeweils relevanten Prinzipien und den moralischen Intuitionen des  
Handelnden anzustreben ist.

## 6. Literaturliste

Adorno, Th. W. (1996). Probleme der Moralphilosophie. Suhrkamp: Frankfurt am Main

Baum, H. (1996). Ethik sozialer Berufe. Paderborn u.a.: Schöningh

Beauchamp, T. L./ Childress, J. F. (1994). Principles of Bio-medical Ethics. New York/Oxford: Oxford University Press (4. erheblich überarbeitete Auflage)

Bielefeldt, H. (1998). Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines weltweiten Freiheitsethos. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Bommes, H./Scherr, A. (2000). Soziologie der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in Formen und Funktionen organisierter Hilfe. Weinheim und München: Juventa

Breuer, J. (2000). Charles Taylor zur Einführung. Hamburg: Junius

Dentler & Pauls (2000). Code of Ethics der Clinical Social Work Federation (Deutsche Übersetzung). Coburg: Institut für Psycho-Soziale Gesundheit

Gil, Th. (1993). Ethik. Stuttgart u. Weimar: Metzler

Habermas, J. (1983). Moralbewusstsein und kommunikatives Handeln. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Hoerster, D. (2002). Ethik des Embryonenschutzes. Ein rechtsphilosophischer Essay. Stuttgart: Reclam

Höffe, O. (2000). Immanuel Kant. München: Beck (5., überarbeitete Auflage)

Höffe, O. (2001). Gerechtigkeit. Eine philosophische Einführung. München: Beck

[http://homepages.uni-tuebingen.de/georg.markmann/prinzipienethik\\_2000.pdf](http://homepages.uni-tuebingen.de/georg.markmann/prinzipienethik_2000.pdf)

Irrgang, B. (1995). Grundriß der medizinischen Ethik. München/Basel: Reinhardt

Kant, I. (1982). Kritik der praktischen Vernunft/Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. Frankfurt a. Main: Suhrkamp (Werkausgabe Band VII. Herausgegeben von W. Weischedel)

Kerber, W. (1998). Sozialethik. Ein Grundkurs. Stuttgart: Kohlhammer

Kersting, W. (1993). John Rawls zur Einführung. Hamburg: Junius

Kodalle, K.-M. (1996). Verantwortung. In H. Hastedt u. E. Martens (Hrsg.). Ethik. Ein Grundkurs (s. 180 – 197). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (2. Auflage)

Lenk, H. (1997). Einführung in die angewandte Ethik. Verantwortlichkeit und Gewissen. Stuttgart/Berlin/Köln: Kohlhammer

Lowenberg, F. M. /Dolghoff, R. (1996). Ethical Decisions for Social Work Practice. Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers

Martin, E. (2001). Sozialpädagogische Berufsethik. Auf der Suche nach dem richtigen Handeln. Weinheim u. München: Juventa

Müller, C. (1992). Verantwortungsethik. In A. Pieper (Hrsg.), Geschichte der neueren Ethik 2 (S. 103 - 131). Tübingen u. Basel: Franke

Nida-Rümelin, J. (1996). Theoretische und angewandte Ethik: Paradigmen, Begründungen, Bereiche. In J. Nida-Rümelin (Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung (S. 2 – 85). Stuttgart: Kröner

Pieper, A. (1985) Ethik und Moral. Eine Einführung in die praktische Philosophie. München: Beck

Reese-Schäfer, W. (2001). Kommunitarismus. Frankfurt a. Main: Campus

Ritsert, J. (1997). Gerechtigkeit und Gleichheit. Münster: Westfälisches Dampfboot

Röd, W. (1994). Der Weg der Philosophie. Band I. München: Beck

Schöne-Seifert, B. (1996). Medizinethik. In J. Nida-Rümelin

(Hrsg.), Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theoretische Fundierung (S. 552 – 648). Stuttgart: Kröner

Schopenhauer, A. (1979). Preisschrift über das Fundament der Moral. Hamburg: Meiner

Schramme, Th. (2002). Bioethik. Frankfurt a. Main: Campus

Spaemann, R. (2001). Grenzen. Zur ethischen Dimension des Handelns. Stuttgart: Klett-Kotta

Thiersch, H. (2002) Positionsbestimmungen der Sozialen Arbeit. Gesellschaftspolitik, Theorie und Ausbildung. Weinheim u. München: Juventa

Thurnherr, U. (2000) Angewandte Ethik zur Einführung. Hamburg: Junius

Zoglauer, Th. (1998). Normenkonflikte – zur Logik und Rationalität ethischen Argumentierens. Stuttgart-Bad Cannstatt: frommann holzboog

Zoglauer, Th. (2002). Konstruiertes Leben. Ethische Probleme der Humangentechnik. Darmstadt: Primus