Urban Wiesing

Prinzipienethik in der Pädagogik?

1. Einleitung

In der Medizin hat sich in den letzten Jahrzehnten eine neue akademische Disziplin institutionalisiert, die medizinische Ethik. Auch wenn sich Ärzte, soweit wir die Medizin als schriftliche Disziplin kennen, stets zu den ethischen Aspekten ihrer Tätigkeit geäußert haben, so war die Etablierung der medizinischen Ethik als eigenständige akademische Disziplin hingegen neu. Freilich musste sie stets auch die Resultate vorhandener Disziplinen in ihre Arbeit einbeziehen: Neben einer Vertrautheit mit der Medizin war und ist sie stets auf Kenntnisse aus der Philosophie und anderen Geisteswissenschaften angewiesen. So muss sie für ihre ethischen Theorien auf die philosophische Ethik zurückgreifen, die ihrerseits einen ansehnlichen Schatz an Erkenntnissen und Theorien besitzt.

Interessanterweise ließ sich jedoch keine der „großen" Ethik-Theorien in eine Medizinethik übersetzen. Es gibt keine ausgearbeitete „reine" aristotelische, kantische oder utilitaristische Medizinethik. Stattdessen ist unter den zahlreichen Theorien der medizinischen Ethik eine auf besondere Resonanz gestoßen: die Prinzipienethik von Tom L. Beauchamp und James F. Childress (Beauchamp/Childress 2009). Sie sei hier unter der Frage vorgestellt, inwieweit sich eine Prinzipienethik oder Elemente einer solchen auf die Pädagogik übertragen lassen.

2. Die Prinzipienethik in der Medizin

Die Prinzipienethik versteht sich als eine Theorie, die gezielt auf die Situation der gegenwärtigen Medizin reagiert: Ärzte in den westlichen Industrienationen praktizieren ihren Beruf in einer pluralen Gesellschaft, in der die Bürger unterschiedliche Glaubens- und Wertüberzeugungen besitzen. Die Prinzipienethik versucht, für die allermeisten Menschen trotz Wertepluralität akzeptabel zu sein. Denn sie geht davon aus, dass in der Medizin in langer Tradition bestimmte Normen und Werte existieren und die Medizin prägen, die auch heute weithin akzeptiert sind. Die Prinzipienethik nutzt diesen Konsens als Ausgangspunkt und verfolgt eine rekonstruktive Methode. Bestimmte Werte und Normen sind in der Medizin nahezu unumstritten – vor allem, wenn man sie auf einer bestimmten, einer mittleren Ebene der Abstraktion formuliert. Die Prinzipienethik nimmt dort ihren Ausgangspunkt und rekonstruiert diese Moralität mittels vier Prinzipien der mittleren Ebene und Reichweite:

- Das Prinzip des Nicht-Schadens (nonmaleficence): Es kann auf eine lange Tradition in der Medizin zurückblicken, die sich nicht zuletzt in der hippokratischen Maxime *primum nil nocere* äußert. Ärzte sollen ihren Patienten „vor allem nicht schaden". Es sei bereits hier erwähnt: Dies gilt ohne Zweifel auch für Pädagogen.

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

- Das Prinzip des Wohltuns (beneficence), das historisch als das konstituierende Prinzip der Medizin gelten darf: Der Arzt soll es nicht nur unterlassen, Schäden zuzufügen, sondern darüber hinaus Krankheiten vermeiden, lindern oder heilen. Auch dieses Prinzip lässt sich bis in die hippokratischen Schriften verfolgen. Bei Interventionen mit unvermeidlichen unerwünschten Wirkungen muss zumindest das Verhältnis von Nutzen und Risiken ein positives sein und die Maßnahmen müssen dem Patienten helfen. Für die Pädagogik gilt *prima vista,* dass sie gleichermaßen nutzen soll, wenn auch nicht primär in Bezug auf medizinische Sachverhalte, sondern durch die Vermittlung von Wissen und Fähigkeiten im weitesten Sinne für ein gelingendes Leben.
- Das Prinzip der Autonomie (autonomy), genauer gesagt das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten: Der Arzt soll den Willen des Patienten respektieren und ihn nicht bevormunden. Dieses Prinzip hat in den letzten Jahrzehnten zunehmende Aufmerksamkeit erlangt und den bedeutendsten Wandel in moralischer Hinsicht eingeleitet: von der Haltung des benevolenten Paternalismus hin zum Arzt, der vor allem die Selbstbestimmung des Patienten respektiert. Die Autonomie zu achten beinhaltet in der Medizin stets zwei Aspekte: einerseits ein Abwehrrecht des Patienten gegen Einflussnahmen von anderen Menschen oder Institutionen, andererseits ein Anspruchsrecht des Patienten auf Unterstützung, um in die Situation versetzt zu werden, eine autonome Entscheidung fällen zu können. In der Medizin sind die zu treffenden Entscheidungen nicht selten höchst komplex, sachlich schwierig und zugleich von erheblicher, zuweilen existentieller Tragweite für den Patienten. Aus diesem Grund sind zur Patientenautonomie Information und Unterstützung von Seiten der Experten notwendig, um den Patienten zu einer autonomen Entscheidung zu befähigen. Man spricht nicht umsonst vom *informierten* Einverständnis und nicht nur vom Einverständnis, das es zu respektieren gilt. Überdies leitet sich aus dem Prinzip der Autonomie die informationelle Selbstbestimmung eines Patienten ab, die auf ärztlicher Seite die Schweigepflicht bedingt. Parallelen zur Pädagogik sind deutlich zu sehen.
- Das Prinzip der Gerechtigkeit (justice) verweist auf Anforderungen im Verhältnis zum einzelnen Patienten, zur Gruppe der Patienten und zur Gesellschaft überhaupt. Dieses Prinzip bedarf am meisten der weiteren Interpretation und ist in vielen Fällen ohne weitere Kriterien nur ungenau zu bestimmen; zumindest lässt sich aber festhalten, dass damit für den Bereich der Mikroallokation die Gleichbehandlung der Patienten durch den Arzt gemeint ist. Dies gilt gleichermaßen für Pädagogen und ihre Lernenden.

Überdies beschreiben Beauchamp und Childress in Einklang mit den Prinzipien und unter Berücksichtigung der Sachgegebenheiten und traditionellen Rollenverpflichtungen des Arztes zahlreiche korrespondierende Regeln, Tugenden und moralische Ideale.

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

Anders als der Utilitarismus oder die kantische Ethik verzichtet die Prinzipienethik auf ein einziges oberstes Moralprinzip. Sie geht davon aus, dass eine Medizinethik nicht bei null anfangen muss und es auch gar nicht erst versuchen sollte. Sie nimmt ihren Ausgangspunkt in der Alltagsmoral, verfährt rekonstruktiv und gewinnt so die genannten Prinzipien, die sich als Prinzipien der mittleren Ebene und Reichweite verstehen. Als solche gelten sie nicht als fundamental begründet, aber als gut begründet. Sie sind für die meisten moralphilosophischen Theorien konsensfähig; als Ausdruck eines „nüchterne[n] Realismus" (Birnbacher 1990, S. 43) besitzen die Prinzipien eine „erstaunliche Plausibilität" (Honnefelder 1990, S. 73). Insofern handelt es sich bei der Prinzipienethik nicht um eine „Ethik ohne Gewissheiten", sondern um eine Ethik ohne ein einziges Prinzip mit absoluter Gewissheit und Geltung.

Um den rekonstruktiven Charakter der Prinzipienethik zu erläutern sei bemerkt, dass viele Regeln nicht zwingend den einzelnen ethischen Prinzipien entstammen, sondern der traditionellen Berufsmoral: Allein dass ein Arzt verpflichtet ist, den Nutzen für seinen einzelnen Patienten zu mehren und nicht die Nutzensumme aller seiner Patienten oder die Nutzensumme für die Gesellschaft, lässt sich nicht aus dem einzelnen Prinzip, sondern aus der Rollenerwartung rekonstruieren. Kurzum: Die konkrete Moralität kommt nicht genuin aus den Prinzipien, denn die Prinzipien rekonstruieren die ärztliche Praxis. Sie liefern ein Gerüst, die Moralität zu systematisieren, zu erläutern, zu begründen, für neue Probleme zu erweitern, aber auch zu kritisieren, zu hinterfragen und kohärent zu gestalten. Im Ansatz der Prinzipienethik stellt sich nicht mehr die Frage: „Was ist die richtige Moraltheorie für die Medizin?", sondern nur noch: „Was ist die *angemessene?*" Und zwar angemessen angesichts normativer Vorgaben, die die Theorie ihrerseits gar nicht mehr festlegen muss, sondern allenfalls aufnehmen und in die Theorie einbauen kann, weil sie bereits existieren.

3. Eigenschaften der Prinzipienethik

Gemäß dem Motto von Nida-Rümelin: „Die ethische Theorie bewährt sich in ihren Anwendungen" (Nida-Rümelin 1996, S. 61), seien zunächst einige Eigenschaften angeführt, die sich in der Anwendung der Prinzipienethik als nützlich erweisen. Sie genießt die größte Akzeptanz unter den gegenwärtigen medizinischen Ethiken. Es erscheint durchaus von Nutzen, dass europäische Ärzte im Rahmen einer Theorie miteinander mit vielen internationalen Kollegen kommunizieren können. Die Prinzipienethik eignet sich insbesondere für einen *ersten* Zugang zu den praktischen Problemen. Mit den vier Prinzipien lässt sich bspw. eine Falldiskussion strukturieren. Auch technologische Neuentwicklungen, für die es bislang keinerlei Regelungen gibt, können anhand der Prinzipien auf ihre moralische Vertretbarkeit hin einer ersten Prüfung unterzogen werden. Auf die Grenzen der Technologiebewertung sei später verwiesen.

Darüber hinaus besitzt die Prinzipienethik Eigenschaften, die ganz unterschiedlich gewertet werden. Die Prinzipien müssen jeweils fallbezogen interpretiert werden und

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

gelten überdies *prima facie*, d.h. solange sie mit einem anderen Prinzip nicht in Konflikt geraten. Deshalb sind immer wieder die Fragen der Spezifizierung der Prinzipien, der Gewichtung im Konfliktfall und der Letztbegründung aufgeworfen worden (vgl. Birnbacher 1993; Marckmann 2000). Was hat es damit auf sich?

3.1 Spezifizierung

Die Prinzipien können das ärztliche Handeln nicht vollständig bis ins kleinste Detail normieren, sondern nur mit einem bestimmten Grad an Konkretion. Deshalb spricht man auch von Prinzipien der mittleren Reichweite. Es bedarf einer inhaltlichen Anreicherung der Prinzipien und interpretierenden Umsetzung auf die konkrete Entscheidung, die entsprechend unterschiedlich ausfallen und in vielen Anwendungsfällen die Hoffnung auf Konsens als Illusion entlarven. Die Prinzipien können selbst bei nachhaltigen Anstrengungen um Ableitungen den Konsens auf die Ebene konkreter Handlungsanweisungen nicht übertragen. Überdies lässt sich die Spezifizierung nicht durch die Prinzipien selbst leiten (es muss anderes hinzukommen) und das Ergebnis ist vielen Kommentatoren zu vage.

3.2 Gewichtung

Da keines der Prinzipien ausschließlich geltend die ärztliche Tätigkeit regulieren kann, sind stets mehrere Prinzipien notwendig, die untereinander konkurrieren können und die alle nur eine Gültigkeit *prima facie* besitzen: Sie sind nur bindend, solange sie nicht mit einer anderen *prima facie*-Verpflichtung in Konflikt geraten. Dann wird eine Gewichtung der konfligierenden Prinzipien notwendig. Hierzu benennt die Prinzipienethik jedoch kein höheres Prinzip, das eine Rangfolge der konfligierenden Prinzipien bieten könnte, und gleichermaßen keine „innertheoretischen Ableitungsbeziehungen" (Quante/Vieth 2000, S. 8). Beauchamp und Childress geben zwar Anweisungen, was bei der Gewichtung im Konfliktfalle zu berücksichtigen ist, können aber nicht umhin anzuerkennen, dass eine Unentschiedenheit verbleibt.

Beide Notwendigkeiten, die Spezifizierung und die Gewichtung, bringen der Prinzipienethik den Vorwurf mangelnder Konkretheit ein. Man muss jedoch genau unterscheiden: Jede Theorie bedarf bei ihrer Anwendung in einem gewissen Maß der Interpretation. Diese Leistung ist nicht aus der Theorie selbst zu entnehmen, sondern ist stets eine eigenständige Leistung. Theoretisch verbirgt sich dahinter eine Applikationsaporie (vgl. Wieland 1989). Diese Schwierigkeit scheint bei der Prinzipienethik allerdings in besonderem Ausmaß vorzuliegen. D.h. die Prinzipienethik hätte hier aufgrund ihrer Notwendigkeit der Spezifizierung und der Gewichtung zwischen Prinzipien einen graduellen, aber keinen kategorischen Nachteil. Denn die Applikationsaporie gilt für alle Theorien.

Als Antwort auf die Applikationsaporie bleibt hier im Grunde nur, das Urteilsvermögen der Beteiligten einzusetzen, freilich mit unterschiedlichem Ergebnis. Man kann die Auswirkungen der Applikationsaporie allenfalls mindern, dann jedoch stellt

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

sich die Frage, um welchen Preis. Ist nicht jeder Versuch, in der Theorie konkreter zu werden, mit der Gefahr behaftet, unrealistischer zu werden? Da die Urteilskraft bei jeder Ethik aufgrund der Applikationsaporie gefordert ist, bleibt nur zu fragen, ob sie bei der Prinzipienethik *über*fordert ist. Nur um diese Einschätzung geht es bei der Bewertung der Prinzipienethik.

Man möge in diesem Zusammenhang nicht vergessen, dass die Prinzipienethik angetreten ist, für viele Menschen mit unterschiedlichen Werthintergründen akzeptabel zu sein. Insofern kann man die Vagheit auch als Spielraum für einen gewissen ethischen Pluralismus gutheißen. Allein das Faktum einer Pluralität in den westlichen Industrienationen lässt nichts anderes zu, als dass eine Theorie mit dem Anspruch, für viele akzeptabel zu sein, an Konkretion im Einzelfall einbüßt. Diese Eigenschaft wäre dann nur angemessen.

Ohnehin wird der Grad an konkreter Normativität der Prinzipienethik durchaus unterschiedlich bewertet: Den einen, den Deduktivisten, ist er zu gering, den anderen, den Kasuisten, zu hoch. Man kann die Vagheit der Prinzipienethik auch als eine Tugend interpretieren, wie es Odo Marquard ohne direkten Bezug auf die Prinzipienethik tut. Er fordert für philosophische Ethiker eine „Orakelpflicht“: Sie mögen „mit jener Prise Dunkelheit“ sprechen, „die erforderlich ist, um die Ratsuchenden nicht unangemessen aus ihrer Eigenverantwortung zu entlassen“ (Marquard 1987, S. 114).

3.3 Letztbegründung

Ein weiterer Punkt in der Diskussion um die Prinzipienethik war stets die Frage der Letztbegründung, die sie bewusst unterlässt. Wie nicht anders zu erwarten setzt hier die Kritik derer ein, denen ein solches Vorgehen unzureichende Gewissheit bietet und die sich stattdessen der höchstmöglichen Stufe an Begründungsqualität, der Letztbegründung, widmen. Auch wenn sich kein Versuch, eine Ethik letztzubegründen, durchsetzen konnte, so steht die Prinzipienethik doch in der Kritik, dies nicht leisten zu können. Da vermutlich niemals letztbegründet geklärt werden kann, ob eine Letztbegründung möglich ist, drängt sich die Frage auf, ob man sie überhaupt braucht. Und zwar insbesondere in der Medizin – und der Pädagogik.

Doch es ist zweifelhaft, ob dadurch etwas gewonnen wäre. Es darf bezweifelt werden, ob eine größere Festigkeit in der Begründung *überzeugendere* konkrete Urteile hervorbringt, weil auf dem Weg vom letztbegründeten Prinzip zur konkreten Anwendung viele Schritte notwendig sind, bei denen die Aussagekraft des letztbegründeten Prinzips schwindet. Ob Urteile anhand letztbegründeter Theorien mehr Orientierung bieten, ist gleichermaßen nicht gewiss und wäre jeweils zu prüfen. Zumindest drohen letztbegründete Ethiken, „im Namen der Geltungsfestigkeit der einen absoluten Grundnorm (...) ethisch weltfremd“ und „vor lauter Grundsätzlichkeit unfähig zum ethisch Konkreten“ (Marquard 1987, S. 112) zu werden.

Überdies sind solche Überlegungen für die Medizin – und die Pädagogik, soviel sei vorweggenommen – ohnehin von minderem Interesse, weil sie als praktische Wissen-

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

schaften in einem ambivalenten Verhältnis zur Letztbegründung moralischer Normen stehen. Vielleicht mögen derart begründete Normen (sofern es sie überhaupt geben kann) die moralische Grundlage der Medizin und der Pädagogik festigen und mehr Orientierung im Einzelfall bieten – man kann es auf sich beruhen lassen. Denn da bislang niemand letztbegründete Normen für alle überzeugend zu benennen vermochte, können sich praktische Wissenschaften angesichts der notorischen Uneinigkeit der Moralphilosophie nicht gedulden, bis von dort – wider Erwarten – unbezweifelbare Normen mit höchster Begründungsqualität geliefert werden. Ganz auf Normen verzichten können Medizin und Pädagogik hingegen auch nicht. Denn sie sind permanent gezwungen, anhand vorläufiger moralischer Prinzipien zu handeln. Da sie schon lange so verfahren, haben sie sich daran gewöhnt. So bietet es sich als pragmatisch geschickt und dienlich an, von einem bestimmten Niveau an Festigkeit in der Begründung auszugehen. Genau dies versucht – nicht nur – die Prinzipienethik.

3.4 Grenzen und notwendige Ergänzungen

Es dürfte keine ethische Theorie geben, die nicht auch Eigenschaften besitzt, die man als Nachteil interpretieren muss und die ihre Grenzen aufzeigen. Die Prinzipienethik ist nicht in der Lage, alle neuen Herausforderungen der modernen Medizin in der Folge technologischer Entwicklungen mit ihrem Repertoire anzugehen, geschweige denn einer befriedigenden Lösung zuzuführen. So ist bspw. für die brisanten Themen des Schwangerschaftsabbruchs, der In-vitro-Fertilisation, der Pränataldiagnostik und der Präimplantationsdiagnostik nur bedingt Nutzen aus der Prinzipienethik zu erwarten. Ähnliches gilt für den Tierschutz. Die Frage, welche Wesen bei den Prinzipien „nutzen“ und „nicht schaden“ in die Erwägungen einbezogen werden, lässt sich nicht aus den Prinzipien ableiten. Gerade bei diesen Problemen stellt sich die Frage, ob neben den vier genannten Prinzipien nicht weitere notwendig werden, z.B. das der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens (vgl. Birnbacher 1993), oder ob es nur weiterer Spezifizierungen der Prinzipien bedarf. Gleichwohl: Trotz dieser Schwächen hat sich die Prinzipienethik als die bedeutendste Theorie in der medizinischen Ethik durchsetzen können.

4. Prinzipienethik in der Pädagogik?

Warum könnte ein prinzipienethischer Ansatz für eine Ethik der Pädagogik fruchtbar sein? Was spricht dafür, sich über diese Form der Ethik Gedanken zu machen? Medizin und Pädagogik ähneln sich bezüglich ihrer Eigenart als Wissenschaft und sie ähneln sich bezüglich der Herausforderungen, mit denen sie gegenwärtig konfrontiert sind.

4.1 Gemeinsamkeiten von Pädagogik und Medizin

Eine pädagogische Ethik sieht sich dem gleichen Phänomen ausgesetzt wie die medizinische Ethik (und auch sonstige Bereichsethiken): Keine der „großen“ Ethiktheorien

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

der Philosophie hat sich offensichtlich eins zu eins in eine pädagogische Ethik ausformulieren lassen (vgl. Fuhr 2011, S. 507ff.). Es ist auch nicht damit zu rechnen, dass sich eine „reine" aristotelische, kantische oder utilitaristische Ethik als die maßgebliche in der Pädagogik durchsetzen würde. Eine jede pädagogische Ethik, sofern sie in den westlichen Industrienationen auf Akzeptanz hofft, muss zudem berücksichtigen, dass Menschen mit unterschiedlichen fundamentalen Annahmen miteinander leben – und lernen. Sie muss Antworten in einer pluralen Gesellschaft geben.

Beide Disziplinen können durchaus mit einer Ethiktheorie leben, die keinen Anspruch auf Letztbegründung erhebt. Im Gegenteil, Ärzte wie auch Pädagogen können allein aufgrund ihrer praktischen Verpflichtungen mit der „Übersubtilisierung der Geltungsbegründungsfragen" (Marquard 1987, S. 112) oft wenig anfangen. Ihnen ist mehr an praktischer Orientierung im Alltag gelegen.

Beide Disziplinen, Medizin und Pädagogik, sind praktische Wissenschaften, sie gehören neben der Rechtswissenschaft zu den drei „großen Dienstleistungsberufen" (Prange 2010, S. 104). Sie sind von Haus aus nicht nur auf die Ermittlung von möglichst präzisem und verlässlichem Wissen konzentriert, sondern auf die Realisierung von begründetem Handeln (vgl. Wieland 1975); damit sind sie, wie Fuhr es für die Erwachsenenbildung/Weiterbildung benennt, „unausweichlich eine moralische Praxis" (Fuhr 2011, S. 510). Für ihre Praxis nutzen sie Wissen von unterschiedlichen Wissenschaften, auch den Naturwissenschaften, ohne jedoch eine solche zu werden.

4.2 Gemeinsame Herausforderungen für eine pädagogische und eine medizinische Ethik

Warum ist die epistemologische Eigenschaft dieser Disziplinen für eine Ethik von Relevanz? Weil beide Disziplinen demzufolge von bestimmten Strukturen ihrer Handlungen geprägt sind: Weder ein Arzt noch ein Pädagoge kann den Erfolg seiner Interventionen garantieren. Ärztliches und pädagogisches Handeln ist stets von einer Ungewissheit bezüglich des Erfolges, aber auch des Misserfolges geprägt. Zudem stehen beide in der Ungewissheit, dass im Falle einer Besserung nach Intervention das Resultat nicht zwingend der Intervention zuzuschreiben ist. Die meisten Erkrankungen heilen immer noch von selbst, und in der Pädagogik sind gleichermaßen zahlreiche weitere Einflüsse und Selbstentwicklungen der Lernenden bei der Beurteilung einer pädagogischen Intervention zu berücksichtigen. Daraus folgen mindestens zwei Konsequenzen: 1.) Für den Praktiker ist in beiden Disziplinen ein Haltungselement, eine Disposition unverzichtbar: Wenn Arzt oder Pädagoge nicht für den Erfolg ihrer Interventionen garantieren können, dann müssen sie es aber für eine angemessene Haltung, mit der sie ihre Handlungen ausführen – in der Regel für Engagement, Sorgfalt, Gewissenhaftigkeit, Einfühlungsvermögen, Umsicht (vgl. Wiesing 1995). Ein solches Element der Disposition ist in der Prinzipienethik enthalten, insofern sie sich auch zu Tugenden äußert, die sich aus den Prinzipien ableiten lassen. 2.) Beiden Disziplinen muss daran gelegen sein, die Resultate ihrer Interventionen unbesehen anderer Effekte

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

wissenschaftlich zu belegen. Das gelingt in der Medizin wie auch in der Pädagogik nur durch methodisch aufwendige Studien, um den Erfolg einer Therapie bzw. pädagogischen Intervention unbesehen der Selbstheilung und anderer Einflüsse zu belegen. Die Notwendigkeit wissenschaftlicher Überprüfung von Interventionen rührt auch aus der Ungewissheit der ärztlichen bzw. pädagogischen Handlung. Die wissenschaftliche Erforschung wiederum ist mit eigenen ethischen Problemen behaftet, die sich auch durch die Prinzipienethik strukturieren lassen.

4.3 Mögliche Vorteile einer Prinzipienethik in der Pädagogik

Der rekonstruktive Ansatz könnte sich als Antwort auf die Herausforderungen auch in der Pädagogik als hilfreich erweisen. Denn dort wird von jeher anhand von moralischen Überzeugungen pädagogisch gearbeitet, wenn auch – wie in der Medizin – in unterschiedlichem Maße explizit und reflektiert. Es wäre doch abwegig zu glauben, man müsse eine pädagogische Ethik ganz von vorne ohne jedweden Rückgriff auf Vorhandenes völlig neu erfinden. Eine Theorie der pädagogischen Ethik muss nicht bei null anfangen und sollte es auch gar nicht erst versuchen:

> Wer so tut, als sei ethisch noch gar nichts geregelt oder als müsse alles neu geregelt werden, der erreicht nicht die neuen Regelungen, sondern er verliert nur auch noch die alten (Marquard 1987, S. 114).

Dies sollte man auch in der Pädagogik vermeiden.

In zweierlei Hinsicht ließe sich fragen, inwieweit Prinzipien der mittleren Ebene einer pädagogischen Ethik hilfreich sind. Zum einen wäre die Vorgehensweise bedenkenswert, einen moralischen Konsens in der Pädagogik in Form von Prinzipien der mittleren Ebenen zu identifizieren, zum anderen wäre zu prüfen, ob die in der medizinischen Ethik genannten vier Prinzipien auch für die Pädagogik einschlägig sind. Denn vorhandene Normierungen in der Pädagogik lassen sich durchaus auf die vier Prinzipien zurückführen. Der Code of Ethics of the Education Profession, 1929 von der National Education Association beschlossen und 1975 erneut bekräftigt (NEA 1975), benennt acht Verhaltensnormierungen für die Lehrenden gegenüber ihren Schülern, die sich tatsächlich unter die vier Prinzipien subsummieren lassen. Sie weisen überdies zum Teil Ähnlichkeit mit historisch bekannten ärztlichen Pflichten auf: „Die Pflicht zu affektiver Neutralität in der Lehrer-Schüler-Beziehung (…) und die Schweigepflicht (…) waren auch schon wichtige Bestandteile des Hippokratischen Eides“ (Prange 2010, S. 109).

Die Prinzipienethik könnte sich – wie in der Medizin – insbesondere als ein hilfreiches Instrument erweisen, um ethische Konflikte zu analysieren und zu strukturieren. Die Offenheit der Prinzipienethik kann sich in pluralen Gesellschaften als Vorteil erweisen, sowohl in Bezug auf die Gewichtung wie auch die Spezifizierung. Die Notwendigkeit, zwischen den Prinzipien zu gewichten, ist überdies auch angesichts

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

der Herausforderungen, denen sich eine Pädagogik gegenüber sieht, wohl unvermeidbar, allein aufgrund unterschiedlich ausgeprägter Autonomie der Lernenden. Ein Grundschüler ist in Bezug auf seine Autonomie anders befähigt als ein Erwachsener. Das stellvertretende Einverständnis durch Eltern oder Betreuer ist zudem ein anderes als das eines selbstbestimmungsfähigen Menschen für sich selbst: Das elterliche Sorgerecht ist immer dem Wohl des Kindes verpflichtet. Hier kommt dem Prinzip des Nutzens angesichts der eingeschränkten Selbstbestimmung ein höheres Gewicht zu. Die unterschiedliche Gewichtung ist der Pädagogik nicht fremd; sie ist immer von „unterschiedliche[n] Verantwortungen" geprägt, „und zwar je nach der Hinsicht, die im Vordergrund steht: die Fürsorge, oder die Führung oder das eigenverantwortliche Lernen" (Prange 2010, S. 103). Zudem gilt es stets, diese verschiedenen Gewichtungen zwischen Nutzen und Autonomie unter dem Gerechtigkeitsaspekt gegenüber anderen Lernenden abzuwägen.

Auch die Verteilung von Aufgaben zwischen der elterlichen und der staatlich organisierten, von Professionen betriebenen Erziehung kann man gewinnbringend anhand der vier Prinzipien betrachten. Welche Aufteilung nutzt, schadet nicht und respektiert die Entscheidungen der Eltern bzw. der Schüler und ist zudem unter Gerechtigkeitsaspekten zu vertreten? Eine eindeutige Antwort wird sich darauf nicht finden lassen, schon gar nicht für unterschiedliche pädagogische Situationen. Gleichwohl dürften sich Präferenzen herausbilden, die die Gewichtung zwischen den verschiedenen Prinzipien am überzeugendsten bewältigen.

Auch die Spezifizierung kann sich als Vorteil erweisen, da in Bezug auf die Lernziele durchaus unterschiedliche Vorstellungen existieren. Was als Nutzen einer pädagogischen Intervention gewertet wird, dürfte nicht von allen gleichermaßen beantwortet werden, allein aufgrund der unterschiedlichen kulturellen Hintergründe und Wertüberzeugungen. Die Notwendigkeit einer Spezifizierung des Prinzips „nutzen" mag sich auch hier als Vorteil erweisen. Kurzum: Die aufgezeigten Gemeinsamkeiten von Medizin und Pädagogik in ihrer Eigenart als Wissenschaft und in ihren Herausforderungen geben Anlass genug, das Potential einer Prinzipienethik auch in der Pädagogik auszuloten.

Literatur

Beauchamp, T.L./Childress, J.F. (2009[6]): Principles of Biomedical Ethics. 6., überarb. Aufl. New York

Birnbacher, D. (1990): Schopenhauers Idee einer rekonstruktiven Ethik (mit Anwendungen auf die moderne Medizin-Ethik). In: Schopenhauer Jahrbuch, Bd. 71, S. 26–44

Birnbacher, D. (1993): Welche Ethik ist als Bioethik tauglich? In: Ach, J.S./Gaidt, A. (Hg.): Herausforderung der Bioethik. Stuttgart, S. 45–67

Fuhr, T. (2011): Ethik der Erwachsenenbildung/Weiterbildung. In: Fuhr, T./Gonon, P./Hof, C. (Hg.): Erwachsenenbildung – Weiterbildung. Handbuch der Erziehungswissenschaft. Bd. 4. Paderborn, S. 505–518

Honnefelder, L. (1990): Medizin und Ethik. Herausforderungen und Neuansätze der biomedizinischen Ethik der Gegenwart. Arzt und Christ, H. 1, S. 67–77

Marckmann, G. (2000): Was ist eigentlich prinzipienorientierte Ethik? Ärzteblatt Baden-Württemberg, H. 12, S. 499–502

Online: http://www.die-bonn.de/doks/report/2014-ethik-02.pdf

Marquard, O. (1987): Drei Phasen der medizinethischen Debatte. In: Marquard, O./Staudinger, H. (Hg.): Anfang und Ende des menschlichen Lebens. Medizinethische Probleme. München u.a., S. 111–115

National Education Association (1975): Code of Ethics. URL: www.nea.org/home/30442.htm

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

Prange, K. (2010): Die Ethik der Pädagogik. Zur Normativität erzieherischen Handelns. Paderborn

Quante, M./Vieth, A. (2000): Angewandte Ethik oder Ethik in Anwendung? Überlegungen zur Weiterentwicklung des principlism. In: Honnefelder, L./Streffer, C. (Hg.): Jahrbuch für Wissenschaft und Ethik 5, Berlin/New York, S. 5–34

Wieland, W. (1975): Diagnose. Überlegungen zur Medizintheorie. Berlin/New York

Wieland, W. (1989): Aporien der praktischen Vernunft. Frankfurt a.M.

Wiesing, U. (1995): Zur Verantwortung des Arztes. Stuttgart