

**Kann die Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion auch bei
suchtkranken Straftätern (§64 StGB) zur Verbesserung
der Moralischen Urteilsfähigkeit beitragen?**

Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie
der Universität Konstanz

vorgelegt von
Dayana Bongermanino

betreut von
Prof. Dr. Georg Lind
Prof. Dr. Andreas Keil

Konstanz, im November 2007

Dayana Bongermanino
Christburger Str. 18
10405 Berlin
Matr.-Nr: 541034

Nicht Sieg sollte der Sinn der Diskussion sein, sondern Gewinn.
(Joseph Joubert)

Danksagung

Besonderer Dank gilt meinem Betreuer Prof. Dr. Georg Lind. Er hatte immer ein offenes Ohr und Zeit für meine Anliegen. Insbesondere danke ich ihm dafür, dass er immer an mich geglaubt hat und für die vielen aufmunternden Worte.

Ich danke Prof. Dr. Andreas Keil dafür, dass er meine Arbeit betreut, obwohl er seinen Arbeitsplatz ins Ausland verlegt hat.

Bedanken möchte ich mich auch bei Dipl. Psych. Kay Hemmerling für das Korrekturlesen, den interessanten Gedankenaustausch über die Methode und seine konstruktive Kritik an meiner Arbeit.

Danken möchte ich dem Team der Station und vor allem den Patienten, die freiwillig und ohne materielle Gegenleistung an der Studie teilgenommen haben.

Sehr dankbar bin ich meinen Brüdern Nicolas, Oliver und David für ihren technischen Beistand, ohne den die Arbeit nicht hätte geschrieben werden können. Vor allem danke ich Oli für die Instandsetzung meines Computers. Auch danke ich Nicki für die Hilfe beim Programmieren.

Meiner Schwester Sarah möchte ich dafür danken, dass sie für mich die Ohren offen gehalten hat.

Ganz besonderer Dank gilt meinem Schatz Tobias ohne den ich diese Arbeit nicht abgegeben hätte. Ich danke ihm für die vielen Stunden der Unterstützung, für das Korrekturlesen, seine kritische Betrachtungsweise und seine unendliche Geduld.

Zuletzt (und eigentlich zuallererst) gilt mein Dank meinen Eltern Martina und Luigi, denen ich diese Arbeit widmen möchte. Ich danke ihnen dafür, dass sie mir immer alle Wege und Möglichkeiten offen lassen. Ohne sie hätte ich meine Ziele nicht erreichen können.

INHALTSÜBERBLICK

Inhaltsverzeichnis.....	IV
Tabellenverzeichnis.....	VI
Abbildungsverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung.....	VIII
1. Einleitung.....	1
2. Theoretische Grundlagen.....	4
3. Methode.....	19
4. Ergebnisse.....	29
5. Diskussion.....	38
6. Empfehlungen.....	44
7. Literaturverzeichnis.....	46
Anhang.....	49

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
2. Theoretische Grundlagen	4
2.1 Drogenkonsum	4
2.1.1 Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie	4
2.1.2 Drogenkonsum und Moralische Urteilsfähigkeit	5
2.2 Straffälligkeit	6
2.2.1 Straffälligkeit als Bewältigungsstrategie	6
2.2.2 Straffälligkeit und Moralische Urteilsfähigkeit	7
2.3 Therapie von Suchterkrankungen	8
2.4 Ziele der Therapie im Maßregelvollzug	8
2.4.1 Rückfallprävention	8
2.4.2 Resozialisierung	8
2.5 Die Zwei-Aspekte-Theorie der moralisch-kognitiven Entwicklung	9
2.5.1 Die moralische Entwicklung nach Piaget und Kohlberg	9
2.5.2 Die Zwei-Aspekte-Theorie nach Lind	10
2.6 Die Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion (KMDD)	12
2.7 Die Bildungstheorie und weitere Erkenntnisse der Moralforschung	15
2.8 Fazit	17
2.9 Hypothesen	18
3. Methode	19
3.1 Design der Untersuchung	19
3.2 Versuchsdurchführung	20
3.2.1 Überblick über den Versuchsablauf	20
3.2.2 Durchführungsbericht	21
3.3 Stichprobe	24
3.4 Die Erhebungsinstrumente	25
3.4.1 Messung der AV durch den Moralischen Urteil-Test (MUT) von Lind	25
3.4.2 Erhebung der UVn durch den Soziodemographische Fragebogen	28
3.5 Statistische Auswertung	28

4. Ergebnisse	29
4.1 Anwendbarkeit der KMDD	29
4.2 Die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit ohne KMDD	30
4.3 Die Auswirkungen der KMDD auf die moralische Urteilsfähigkeit	34
4.4 Der Einfluss des Drogen-Einstiegsalters auf die moralische Urteilsfähigkeit	36
4.5 Die Darbietungsreihenfolge der Dilemmata des MUT	38
5. Diskussion	38
5.1 Zusammenfassung der Problemstellung und der Resultate	38
5.2 Theoretische und praktische Implikationen	43
6. Empfehlungen	44
7. Literaturverzeichnis	46

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Vergleich der Paradigmen Blooms und Kohlbergs.....	11
Tabelle 2:	Angestrebter Versuchsplan.....	19
Tabelle 3:	Tatsächlicher Versuchsplan.....	20
Tabelle 4:	Darbietungsreihenfolge der Dilemmata im MUT.....	27
Tabelle 5:	Report der Dilemmadiskussion.....	30
Tabelle 6:	Gruppen und absolute Effektstärken.....	31
Tabelle 7.1:	Gruppe 1: Drogeneinstiegsalter < 20 Jahre.....	37
Tabelle 7.2:	Gruppe 2: Drogeneinstiegsalter > 20 Jahre.....	37
Tabelle 8:	Mittlere C-Werte der einzelnen Dilemmata.....	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Auszug aus dem veränderten MUT.....	27
Abbildung 2: Mittlerer C-Wert in Abhängigkeit von der Dauer des Stationsaufenthalts und dem Beginn des problematischen Suchtmittelkonsums	33
Abbildung 3: C-Score zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten.....	34
Abbildung 4: C-Werte in Abhängigkeit vom Alter zu Beginn des Suchtmittelkonsums	37

Zusammenfassung

Diese Arbeit beschäftigt sich empirisch mit der Frage, ob die Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion (KMDD) auch bei erwachsenen suchtkranken Straftätern anwendbar und durchführbar ist. Ferner wird untersucht, ob es Anhaltspunkte für fördernde Effekte auf die moralische Urteilsfähigkeit der untersuchten Klientel gibt.

Die Methode wurde von Prof. Dr. Georg Lind auf der Grundlage der Blatt-Kohlberg-Methode entwickelt. Sie verbessert moralisch-demokratische Kompetenzen wie Urteilsfähigkeit, Konfliktbewältigung, Regeleinhaltung und Lernfähigkeit. Die KMDD wird bereits seit 20 Jahren angewandt, mit gutem Erfolg bei unterschiedlichen Populationen wie Grund- und Sekundarschülern, Studierenden, Berufstätigen aus unterschiedlichen Berufsgruppen, Lehrern und Professoren und jugendlichen Straftätern.

Eine neue Klientel könnte die sein, mit der sich die vorliegende Studie beschäftigt. Mit Menschen, die nach § 64 StGB in einer forensischen Anstalt untergebracht sind, wurde die Methode noch nicht erprobt. Dabei könnten meines Erachtens gerade Personen, die suchtkrank und dadurch straffällig geworden sind, besonders von der KMDD profitieren. Als einfache, aber wirksame Methode könnte die KMDD das Therapiekonzept forensischer Institutionen ergänzen.

Mit ihrer Hilfe könnten viele Therapieziele erreicht werden, wie beispielsweise

- Nachreifung der Persönlichkeit,
- Herstellung von Konfliktfähigkeit,
- Umwandlung von Fremd- in Eigensteuerung und
- Auffinden und Ausbauen von Ressourcen.

Die vorliegende Arbeit ist eine sozialwissenschaftliche Feldstudie. Da der Feldzugang im geschlossenen forensischen Bereich nicht einfach ist, sollte mit dieser Studie vor allem geprüft werden, ob und wie in diesem Setting eine Implementierung der KMDD inklusive einer Wirkungskontrolle möglich ist. Zusätzlich sollten anhand einer Evaluation Hypothesen zur Wirksamkeit der Methode geprüft werden.

Das Versuchsdesign bestand aus einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe mit Prä- und Posttest sowie einer Follow-up-Erhebung. Aus technischen und organisato-

rischen Gründen konnte jedoch keine Randomisierung vorgenommen werden. Zudem konnte, obwohl alle Patienten der Suchtstation (N = 17) untersucht werden sollten, wegen unvorhersehbarer Schwierigkeiten nur eine kleine Stichprobe in die Studie einbezogen werden.

An der ersten Befragung nahmen N = 8 Personen teil. An der Intervention beteiligten sich N = 3 Patienten, wovon N = 2 Patienten auch an der dritten Erhebung teilnahmen. Insgesamt konnten N = 4 Werte über die Erhebungszeitpunkte verglichen werden. So entstand eine Versuchsgruppe mit N = 2 Probanden und eine Kontrollgruppe mit N = 2 Probanden. Die Kontrollgruppe nahm weder an der Intervention teil, noch beschäftigte sie sich nach eigenen Angaben jemals mit einem Dilemma oder einem ähnlichen Thema.

Die folgende Tabelle dient der besseren Übersicht:

Prätest (N = 8)	KMDD (N = 3)	Posttest (N = Teilnehmer der KMDD N = 3)	Follow-up (N = 2 = VG und N = 2 = KG)
-----------------	--------------	--	---

Die Teilnehmer der Dilemmadiskussion waren von der Methode sehr angetan und setzten sich mit Mitpatienten für eine Wiederholung der Intervention ein.

Die Untersuchung ergab interessante Befunde. Während die moralische Urteilsfähigkeit (C-Werte des MUT) der Kontrollgruppe (N = 2) sank, stieg der C-Wert eines der Patienten aus der Experimentalgruppe an.

Weitere interessante Ergebnisse:

1. Diejenigen Personen, die vor dem zwanzigsten Lebensjahr mit dem problematischen Konsum von Suchtmitteln begonnen hatten, erreichten einen durchschnittlichen C-Wert von 20,6 Punkten (N = 5).
2. Die Probanden, die als Beginn ihres problematischen Konsums die Zeit nach dem zwanzigsten Lebensjahr angaben, erreichten einen mittleren C-Wert von 46 Punkten (N = 3).
3. Es zeigte sich, dass die moralische Urteilsfähigkeit der Patienten mit der Länge der Verweildauer abnahm.

Insgesamt legen die Ergebnisse der Arbeit eine Wiederholung der KMDD und deren Evaluation mit einer größeren Patientengruppe nahe.

1. Einleitung

Gegenstand dieser Arbeit ist die moralische Urteilsfähigkeit suchtkranker Straftäter. Es soll überprüft werden, ob die Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion mit dieser Klientel anwendbar ist und ob sich mit dieser Methode ein positiver Effekt auf die moralische Urteilsfähigkeit der Probanden verzeichnen lässt. Damit handelt es sich um ein Arbeitsgebiet sowohl der pädagogischen als auch der klinischen Psychologie.

Hohe Rückfallquoten sprechen dafür, Präventionsmethoden zu verbessern oder auszuweiten. Eine Metaanalyse der Pfalzlinik Landeck ergab, dass 63% der suchtkranken forensischen Patienten die in den Jahren 1989 – 1991 eine Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB abschlossen nicht erneut straffällig wurden (Der Nervenarzt, 7/1998, S. 568 - 573). Diese Zahlen aus dem Hellfeld sagen auch, dass immerhin 37% der ehemaligen Patienten eine neue Straftat begingen. Nur 37 % der Patienten blieben zudem suchtmittelabstinenz. Die Untersuchung ergab außerdem, dass eine Einhaltung der Suchtmittelabstinenz zu einer erfolgreicher Legalbewährung führte.

Als wesentlicher Grund für Rückfälle wird genannt, dass die Betroffenen Risikosituationen nicht gut abschätzen können und eine geringe Urteilsfähigkeit haben. Dafür sprechen auch Forschungsergebnisse, die einen starken Zusammenhang zwischen gering ausgebildeten Fähigkeiten zur Lösung moralischer und sozialer Konflikte und Drogenkonsum sowie Kriminalität gefunden haben (Lenz, 2006; Glasstetter, 2005; Huber, 1993; Wischka, 1982; Blasi 1980 (Quelle: Lind, 1990)).

„Zusammenfassend wird deutlich, dass die moralische Urteilsfähigkeit bei der Entstehung von Substanzkonsum in der Tat eine wichtige Rolle spielt.“ (Zitat aus Lenz, 2006, S. 54).

„Höhere moralische Urteilsfähigkeit geht, wie in einer ganzen Reihe von Untersuchungen gezeigt werden konnte, mit geringeren sozialen Auffälligkeiten, Gewaltneigung und Kriminalität einher.“ (Zitat aus: Lind, 1990, Moralentwicklung und Bildungserfahrung. Neuere Ergebnisse der sozial- und entwicklungspsychologischen Forschung, S.4).

Schon Levy-Suhl erkannte 1912, dass straffällige Jugendliche die gleichen moralischen Prinzipien haben wie nicht-straffällige. Die Suchterkrankung und die Straffälligkeit der hier untersuchten Probanden sprechen also für eine niedrige moralische Urteilsfähigkeit und eine schlechte Problemlösefähigkeit und nicht für einen Mangel an „Moral“. Es ist anzunehmen, dass die Betroffenen ihre moralischen Prinzipien nicht in passende Handlungen umsetzen können. Ihre Fähigkeit passende moralische Urteile zu bilden ist eingeschränkt (Rest, 1979; Jennings & Kohlberg, 1982; Nelson & Smith, 1990; Chandler & Moran, 1990; Blakeney & Blakeney, 1991; de Mey, 1993 (Quelle: Glasstetter, 2005)).

„In Stresssituationen reagieren dissoziale Menschen affektiv gereizter, verhalten sich unkontrollierter und können nur auf sehr begrenzte kognitive und sprachliche Möglichkeiten zurückgreifen (Blair, et al., 1995).“ (Zitat aus: 3 Metakognitive Fähigkeiten und Delinquenz. <http://www.diss.fu-berlin.de/2005/253/kap3.pdf>).

„Stehen diese Kompetenzen [u.a. moralische Urteilsfähigkeit und soziale Perspektivenübernahme] nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung, so wächst die Wahrscheinlichkeit einer delinquenten Entwicklung (Dodge & Somberg 1987, Chandler & Moran 1990); umgekehrt lässt sich sagen, dass gut ausgebildete (meta)kognitive Fähigkeiten als protektive Faktoren gelten können. So betont Fonagy (1998), dass Selbstreflexivität und Perspektivenübernahme die Neigung zu delinquentem Handeln hemmen, und Jennings & Kohlberg (1983) zeigen, dass eine höhere Stufe der moralischen Urteilsfähigkeit auch die Konsistenz der moralischen Orientierung fördert.“ (aus: Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.): München, Dezember 2001 und Oktober 2002. Die Glen Mills Schools, Pennsylvania, USA. Ein Modell zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Justiz? Eine Expertise, S. 54).

„Deviant behavior is not an illness that has attacked the individual but is an expression of the total person as he actively, although ineffectively, attempts to come to terms with his environment. Persons who behave inappropriately need help in order to develop means for effective participation in the life of the community.“ (Phillips 1967)

Bislang werden Fähigkeiten wie die der moralischen Urteilsfähigkeit im forensischen Bereich nicht gezielt gefördert.

Mit einer verbesserten moralischen Urteilsfähigkeit könnten die Betroffenen ihren Ressourcenpool von Kompetenzen erweitern, die Ziele forensischer Therapie besser erreichen und darüber hinaus Problemlösefähigkeiten erwerben, die ihnen in ihrem Leben nach der teilweise geschlossenen Unterbringung nützlich sein könnten. Langfristig könnte eine Übung und Verbesserung dieser Fähigkeiten vielleicht auch das Rückfallrisiko der Betroffenen senken

Piaget und Kohlberg prägten im vorigen Jahrhundert den Begriff der Moral unter dem Fähigkeitsaspekt. Blatt und Kohlberg (1975) entwickelten aus diesem Gedanken heraus die Methode der Dilemmadiskussion, durch die moralisch-kognitiven Fähigkeiten gefördert werden. Die Methode wurde von Lind modifiziert und unter dem Namen „Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion“ (KMDD) bekannt. Sie wird seit vielen Jahren unter anderem bei straffälligen Jugendlichen getestet und mit gutem Erfolg angewandt. Diese Erfolge können durch Linds Moralisches-Urteil-Test (MUT), der die moralische Urteilsfähigkeit misst, faktisch belegt werden. Zahlreiche empirische Interventionsstudien stützen die positiven Befunde (1980 - 82 Oser, Schläfli et al.; 1985 – 1991 Lind, Oser et al.; 2004 Lerkiatbundit et al.; 2005 Mouratidou; u.v.m.; aus: <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dias/d-effekte/index.htm>) . Ziel der KMDD ist es, die moralische Urteilsfähigkeit und die damit verbundene moralische Diskursfähigkeit zu fördern. Durch Übung sollen die Teilnehmer zudem lernen, ihre moralischen Prinzipien in dazu passende Handlungen umzusetzen und auch in Stresssituationen danach zu handeln (s. Lind, <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dildisk-d.htm#background>).

Der Gedanke, die KMDD in die forensische Therapie einzubauen ist neu. Die Methode wurde bisher nicht im stationären Bereich getestet. Auch fehlt bislang ausgebildetes Personal, das solche Methoden durchführen kann.

2. Theoretische Grundlagen

2.1 Drogenkonsum

Der Begriff Drogenkonsum wird in dieser Arbeit als Synonym für den Missbrauch oder Gebrauch aller berauschenden Substanzen, begonnen bei Zigaretten, über Alkohol und Haschisch bis zu Heroin, verwendet.

2.1.1 Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie

Die Ätiologie von Suchterkrankungen ist bis heute noch nicht abschließend geklärt. Die Hypothesen reichen von der Annahme genetischer Komponenten über Persönlichkeitsvariablen zu Lerntheorien. Auch soziale Bedingungen scheinen eine große Rolle zu spielen.

Das Suchtverhalten kann als „schlechte Technik“ angesehen werden, mit der versucht wird einem Spannungszustand zu begegnen. „Es ist von der Bearbeitung der Konfliktsituation gänzlich abgekoppelt“ (Zitat aus dem Behandlungskonzept einer forensischen Suchtstation).

Demnach kann Drogenkonsum als Bewältigungsstrategie aus Mangel an echten Problemlösefähigkeiten betrachtet werden. Es wird angenommen, dass den betroffenen Personen allgemeine Fähigkeiten im Umgang mit Stress oder Selbstzweifeln fehlen. Selten können sie eigene Wünsche und Sorgen mitteilen.

Durch Rauschmittel lassen sich die negativen Emotionen betäuben, positive Gefühle können verstärkt werden (Labouvie, 1983;Quelle: Rickers 2006). Der Affekt kann von außen beeinflusst werden. Ein Gefühl der Kontrolle ist relativ einfach zu erlangen, fordert vom Betroffenen keine größeren Anstrengungen und ist jederzeit herstellbar. Diese Art der Problembewältigung wird nach Lazarus als emotions-fokussiertes Coping bezeichnet (Lazarus, 1974; aus: <http://www.maubu.de/stress/lala-rtx.htm>). Es dient alleine der Verbesserung der emotionalen Befindlichkeit und steht in Beziehung zu sozialen, affektiven und verhaltensbezogenen Problemen (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Windle & Windle, 1996; Quelle: Lenz 2006).

Auch andere Untersuchungen bestätigen, dass Drogenkonsum mit dieser Art der Bewältigung in Verbindung steht (Cooper, Russell & George, 1988, Labouvie, 1986a; Quelle: Rickers 2006).

Die Adoleszenz¹ ist die Entwicklungsphase in der viele der hier untersuchten Personen mit dem Konsum von Suchtmitteln begonnen haben. In dieser Zeit werden an einen jungen Menschen erhebliche Anforderungen gestellt (Havighurst, 1948; Quelle: Rickers 2006)²: biologische Veränderungen, kognitive und soziale Herausforderungen, Schulabschluss, Berufswahl und letztlich eine erfolgreiche Integration in die Gesellschaft.

Hendry und Kloep (2001) gehen davon aus, dass Entwicklung nur durch Herausforderung stattfinden kann. Allerdings können zu hohe Anforderungen auch zu einer Überforderung der Ressourcen und somit zu Misserfolgen und einer Erschöpfung des Ressourcen-Pools führen. Dies wiederum kann zu inadäquaten Lösungsversuchen, beispielsweise mit Hilfe von Suchtmitteln, führen. Die permanente Überforderung führt zu einem Gefühl der Unkontrollierbarkeit und kann schließlich dazu führen, dass die Entwicklung eine negative Wendung (auch im Sinne von strafbarem Verhalten) nimmt.

2.1.2 Drogenkonsum und moralische Urteilsfähigkeit

Lenz (2006) konnte in ihrer Untersuchung zeigen, dass Jugendliche mit einer niedrigeren moralischen Urteilsfähigkeit eher zu Drogenkonsum neigten. Ein weiteres Ergebnis ihrer Studie war, dass ältere Jugendliche, die übermäßigen Konsum wie beispielsweise „Koma-Saufen“ (ICD-10: binge-drinking, Berger, 2004) praktizieren, zusätzlich zur niedrigen moralischen Urteilsfähigkeit einem übermäßigen Lebensstress ausgesetzt sind. Dies ist ein weiterer Beleg für die schon beschriebene Theorie des emotions-fokussierten Copings (s. o.).

Schon Kohlberg (1968/1996) setzte für bessere allgemeinere Problemlösekompetenzen eine höhere moralische Urteilsfähigkeit voraus. Man kann also davon ausgehen, dass sich Personen mit einer niedrigen moralischen Urteilsfähigkeit und einem erhöhten Lebensstress eher inadäquater Bewältigungsstrategien wie Drogenkonsum oder auch strafbaren Verhaltensweisen bedienen. Diese Strategien führen

¹ In Deutschland versteht man unter der Adoleszenzphase - je nach Entwicklungsstadium - meist den Zeitraum zwischen 17 und 24 Jahren. Im Gegensatz dazu definiert die [Weltgesundheitsorganisation](#) (WHO) die Adoleszenz als die Periode des Lebens zwischen 10 und 20 Jahren.

² A developmental task is a task which arises at or about a certain period in the life of an individual, successful achievement of which leads to happiness and to success with later tasks, while failure leads to unhappiness in the individual, disapproval by the society, and difficulties with later tasks." (Havighurst, 1948/ 1972)

wie bereits erwähnt zu einem Gefühl der Kontrolle, der Reduktion eines Spannungszustandes und helfen, das Bewusstsein von Konflikten abzukoppeln.

2.2 Straffälligkeit

Die Frage nach der Entstehung von Kriminalität und kriminellem Verhalten beschäftigt Forscher schon geraume Zeit. Dies führte zu vielen Theorien, die das Problem aus verschiedensten Richtungen betrachten, von sozialen Lerntheorien über Bindungs- und Kontrolltheorien zu biologischen Hypothesen. Es scheint aber sinnvoll, von einem integrativen Modell auszugehen.

2.2.1 Straffälligkeit als Bewältigungsstrategie

„Ein [...] charakteristisches Merkmal dieser [kriminellen] Menschen ist eine nicht integrierte Aggressivität, die nur mit [...] unreifen und brüchigen Abwehrmechanismen [...] gebunden werden kann. Daraus resultiert wiederum eine verzerrte Wahrnehmung [...] mit eingeschränkter Angst- und Frustrationstoleranz sowie eine Neigung zu destruktiver Spannungsabfuhr und impulsivem Verhalten.“ (Zitat aus dem Behandlungskonzept einer forensischen Suchtstation)

Wie schon in Bezug auf Drogenkonsum erwähnt, können unangemessene Bewältigungsformen verschiedenste Folgen haben. Silbereisen und Kastner beschreiben Straffälligkeit als Bewältigungsstrategie auf stressauslösende Situationen. Sie bezeichnen dieses Verhalten als palliatives Coping (1985, S. 210) und gehen davon aus, dass eine als unkontrollierbar empfundene Situation aus Mangel an angemessenen Strategien mit Hilfe straffälligen Verhaltens (oder Drogenkonsum) gelöst wird. Seiffge-Krenke (1990) sieht in der Strategie des Problemmeidens in Verbindung mit einem negativen Selbstkonzept einen Prädiktor von antisozialem Verhalten und Drogenmissbrauch. Personen mit negativem Selbstkonzept ziehen sich nach dieser Theorie aus Problemsituationen zurück und ihre aktiven Bewältigungsversuche nehmen damit ab. Nach Winkler, Metzke und Steinhauser (2002; Quelle: Rickers 2006), die die vorangegangenen Ergebnisse bestätigen, gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß problemvermeidenden Verhaltens und Verhaltensstörungen wie aggressivem oder strafbarem Verhalten.

Hurrelmann (2004) geht von Aspekten wie externalisierender (z.B. Gewalt, Vandalismus) und evadierender (z.B. Drogenkonsum, Schuleschwänzen) Problemverarbeitung aus (Quelle: Rickers 2006).

„Es zeigt sich insgesamt ein recht enger Zusammenhang zwischen problemmeidenen Bewältigungsstrategien und normverletzenden und sozial sanktionierten Verhaltensweisen. Hurrelmann (2004) nennt diese Verhaltensweisen auch „Problemverarbeitung“ (S. 162) und stellt sie damit in direkten Zusammenhang mit der (unangemessenen) Bewältigung von Entwicklungsaufgaben bzw. der unangemessenen Bewältigungskompetenz“. (Zitat aus Rickers, 2006, S. 58).

2.2.2 Straffälligkeit und moralische Urteilsfähigkeit

Viele empirische Befunde belegen inzwischen, dass Straffällige in ihrer Fähigkeit moralische Urteile zu bilden, eingeschränkt sind (Rest, 1979; Jennings & Kohlberg, 1982; Wischka, 1982; Nelson & Smith, 1990; Chandler & Moran, 1990; Blakeney & Blakeney, 1991; de Mey, 1993; Quelle: Glasstetter 2005).

Man geht auch davon aus, dass Straffällige die gleichen moralischen Ideale vertreten wie Nichtstraffällige (Levy-Suhl, 1912; Lind, 1994, 1998). Sie können aber nicht nach diesen Idealen handeln, weil ihnen wie bereits erwähnt, die dafür benötigten Fähigkeiten wie Perspektivenübernahme, Kommunikationsfähigkeit und damit eine gut ausgebildete moralische Urteilsfähigkeit fehlen. Viele Straffällige, so die Theorie von Lind, „scheinen nicht deshalb zu Mitteln der Gewalt und des Rechtsbruchs zu greifen, weil ihnen moralische Werte fehlen oder sie gar anti-moralische Werte haben, sondern weil ihnen die Fähigkeit fehlt, ihre eigenen Moralprinzipien zu erkennen und in angemessenes Verhalten zu übersetzen“ (Lind, 2003, S. 59). Auch Weyers stellt das moralische Urteil als „ein potentiell-Regulativ dar, eine Kontroll- und Steuerungsmöglichkeit. Das heißt, der Handlungskontext, die eigenen Handlungsimpulse und ihre Implikationen können im Lichte moralischer Anforderungen und Überzeugungen reflektiert und bewertet werden“ (Weyers, 2004).

Die dargestellten Probleme und die mangelhaften Fähigkeiten suchtkranker Straftäter sprechen für sich. Sie könnten - wie bei vielen anderen untersuchten Personengruppen - durch regelmäßige Übung in Form von Dilemmadiskussionen (KMDD) effektiv verbessert werden.

2.3 Therapie von Suchterkrankungen

Die stationäre Therapie von Suchterkrankungen will bei den Patienten die Entwicklung von Problemlösefähigkeiten und die Fähigkeit, offen über ihre Probleme diskutieren zu können fördern. Probleme sollen thematisiert werden, Änderungsbereitschaft und Motivation zur Therapie soll hervorgerufen werden, um schlussendlich Abstinenz zu erzielen. Um diese Ziele zu erreichen werden die Ressourcen der Patienten aktiviert, ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe gefördert, Risikofaktoren identifiziert und eine konkrete Umsetzung von Problemlösungen und Entwicklungsschritten angestrebt (Rahn, Mahnkopf, S. 450 ff). Die Rückfallquote liegt bei 40 – 60 %.

2.4 Ziele der Therapie im Maßregelvollzug

Die Ziele forensischer Therapie entsprechen teilweise denen der KMDD. Im folgenden Kapitel werden die gemeinsamen Ziele kursiv dargestellt.

2.4.1 Rückfallprävention

Ein zentrales Ziel des Maßregelvollzugs ist - ähnlich dem Ziel der Suchttherapie - die Prävention weiterer Rückfälle. Dies erfolgt durch die *Vermittlung von Strategien*, die helfen sollen, mit Hochrisikosituationen umzugehen. Nach Rahn und Mahnkopf (S. 690) erfolgt dies durch folgende Schritte:

1. kognitive Restrukturierung des Delikts (mit *Verantwortungsübernahme*)
2. Herstellung einer Empathie für das Opfer (Theory of Mind [= *Perspektivenübernahme*])
3. Verbesserung des zwischenmenschlichen Beziehungsverhaltens (Steigerung sozialer Kompetenzen [= *Kommunikationsfähigkeit, Konfliktlösefähigkeiten usw.*])
4. Vereinbarungen zum konkreten Umgang mit Risikosituationen.

Dazu sollen die Patienten Regeln des Zusammenlebens entwickeln, die einen *respektvollen und toleranten Umgang* mit anderen (und sich selbst) ermöglichen. Auch sollen sie *sozial verträgliche Konfliktlösungsmuster* erwerben.

2.4.2 Resozialisierung

Ein weiteres Ziel ist die Resozialisierung der Patienten. „Recht häufig geht es jedoch nicht um eine Resozialisierung, sondern um eine Erstsozialisierung, da viele Patien-

ten früh verwahrlost sind, aus desolaten Familienverhältnissen stammen und weder über Schulabschluss noch über Berufsausbildung verfügen. [...] Diese Menschen können also nicht auf bereits erworbene, aber wieder verlorene oder verdrängte *Kompetenzen* zurückgreifen, sondern müssen sie überhaupt *erst erwerben*. Daher darf eine therapeutische Station keinen Verwahrungscharakter haben, sondern muss sich die Ermöglichung von *Lernerfahrungen* zu einer der wichtigsten Zielsetzungen machen“ (Zitat aus dem Behandlungskonzept einer forensischen Suchtstation).

2.5 Die Zwei-Aspekte-Theorie der moralisch-kognitiven Entwicklung

2.5.1 Die moralische Entwicklung nach Piaget und Kohlberg

Nach Jean Piaget sind „affektive und kognitive Mechanismen [des menschlichen Verhaltens] untrennbar, jedoch unterscheidbar“ (1976, S.71; Quelle: http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/projekt_05/_projekt_antrag.htm). Er vertritt die Meinung, dass moralisches Handeln weniger mit der persönlichen Einstellung als mehr mit einer dafür nötigen Fähigkeit zu erklären ist. Piaget setzt 1965 in seiner Theorie zur moralischen Entwicklung voraus, dass Menschen, die die Stufe der Autonomie erreicht haben, gezielt nach moralisch schwierigen Situationen suchen, um an deren Lösung zu wachsen. Er geht davon aus, dass diese Entwicklungsstufe dann erreicht werden kann, wenn Menschen die Möglichkeit bekommen, Verantwortung zu übernehmen und ihr Verhalten dabei unterstützend reflektiert wird. Dies bedarf seiner Meinung nach allerdings erfahrener Anweiser und langer Übung. Moralische Autonomie ist nach Piaget also die Fähigkeit wechselseitiger Perspektivenübernahme. Sie entwickelt sich in Beziehung zu Gleichaltrigen und ist hier im Gegensatz zur Eltern-Kind-Beziehung durch Gegenseitigkeit charakterisiert.

Kohlberg definiert moralische Urteilsfähigkeit als „das Vermögen, moralische Entscheidungen und Urteile zu treffen, die moralisch sind (auf moralischen Prinzipien gründen), und in Übereinstimmung mit diesen Urteilen zu handeln“ (Kohlberg, 1964, S.425, Übersetzung nach Lind).

Kohlberg ist ein Pionier des Fähigkeitsaspekts der Moral. Er setzt, wie vor ihm schon Piaget voraus, dass es eine kognitive Komponente der Moral geben muss, die über das Erlernen moralischer Einstellungen hinaus geht. Kohlberg geht zudem von einer parallel verlaufenden kognitiven und affektiven Entwicklung aus. Dies ist ein Kritikpunkt seiner Arbeit, da er zwei Aspekte eines Verhaltens trennt, die – schon nach

Piaget - nicht trennbar sind (Batisweiler, 2006). Nach Kohlbergs Theorie vollzieht sich die Entwicklung moralischen Denkens in einer Abfolge von sechs unveränderbaren, logisch aufeinander aufbauender Stufen, die jeder Mensch durchlaufen muss. Alle Stufen unterscheiden sich qualitativ voneinander in ihrer Form des moralischen Denkens.

Kohlberg versucht zusammen mit Blatt diese Fähigkeit des moralischen Denkens mit einer praktischen Methode – der Dilemma-Diskussion - zu fördern. Diese Art der Förderung ist zum damaligen Zeitpunkt innovativ und erfolgreich.

Kohlberg und Piaget haben mit ihrer kognitiven Entwicklungstheorie das Augenmerk auf die kognitiven Prozesse des moralischen Verhaltens gerichtet und den Blick für ihre Nachwelt dahingehend geschärft, dass Moral – bzw. moralische Bildung - nicht nur auf Einstellungen und deren Indoktrination beruhen kann.

Ihre Forschungsansätze dienen Lind als Grundlage für seine Zwei-Aspekte-Theorie. Darin werden Piaget und Kohlberg in einigen Punkten modifiziert.

2.5.2 Die Zwei-Aspekte-Theorie nach Lind

Lind definiert moralische Urteilsfähigkeit als „...*die Fähigkeit, die eigenen moralischen Prinzipien auch dann zur Grundlage des Urteilsverhaltens zu machen, wenn sie in Konflikt mit der eigenen Meinung zu bestimmten moralischen Problemen geraten bzw. wenn die Argumente und Diskursbeiträge von Personen zu beurteilen sind, die der eigenen Meinung widersprechen* (Lind, 1978; 1985; 2000; 2001; aus Lind: 2001).“

Das Modell von Lind betrachtet Affekt und Kognition als zwei Aspekte ein und desselben Verhaltens. Er vertritt die Theorie, dass „moralische Affekte oder Emotionen einerseits und moralische Kognitionen oder Fähigkeiten andererseits“ Verhaltensbereiche sind, die dinglich nicht voneinander trennbar sind (Lind, 2003, S.40). Nach Lind hat diese falsche Verdinglichung dazu geführt, moralisches Verhalten als eine rein affektive Angelegenheit zu betrachten. Dies wiederum hatte zur Folge, dass nur moralische Einstellungen erfasst wurden, welche man dann durch die Indoktrination von Normen und Werten zu beeinflussen versuchte.

Frühe Arbeiten Kohlbergs und Forschungsarbeiten von Bloom zeigen, dass Moralerziehung, die ausschließlich den affektiven Bereich der Moral schult, nur auf moralische Einstellungen und nicht auf die moralische Fähigkeit Einfluss hat. Nach Bloom

hat moralisches Verhalten nichts zu tun mit Kognition oder gar Kompetenz. Das moralische Verhalten wird dem Affekt, Kompetenz wird dem kognitiven Bereich zugeschrieben (Bloom et al., 1956; Bloom 1994; Quelle: Lind 2003). Dies führt allerdings zu einer Indoktrination der Regeln und Normen statt zu einer reifen Auseinandersetzung mit diesen.

Tabelle 1 (aus Lind, „Die moralische Dimension des Lernens“, S.5) gibt einen kurzen zusammenfassenden Überblick über die beiden bereits erwähnten Paradigmen Blooms, beziehungsweise Piagets und Kohlbergs.

Klassisches Paradigma (**Bloom** et al.)

Affekt = Moral	Kognition = Sache
Moralisches Urteilsverhalten, moralische Einstellungen	Logisches, physikalisches etc. Problemlöseverhalten

Parallelitäts-Paradigma (Piaget, Kohlberg)

	Moral	Sache (Nicht-Moral)
Affektiver Aspekt	= moralische Einstellungen	= sachbezogene Einstellungen
Kognitiver Aspekt	= moralische Fähigkeiten	= sachbezogene Fähigkeiten

Tabelle 1

Lind geht indes davon aus, dass jeder Mensch moralische Prinzipien (Affekte) hat, die nur durch moralische Fähigkeiten (Kognitionen) ihre Anwendung finden können. Diese Fähigkeiten müssen wie andere Fähigkeiten gefördert werden. Um diese Förderung so effizient wie möglich zu gestalten, dürfen Affekt und Kognition zwar unterschieden, aber keinesfalls getrennt werden. Dies wird in der KMDD, die im nächsten Abschnitt ausführlich erklärt ist, umgesetzt.

Lind setzt also zwei unabhängige Entwicklungsdimensionen der Moral voraus. Zum einen die affektiv-inhaltliche Dimension. Diese wird im Moralischen Urteil-Test (MUT), der die moralische Urteilsfähigkeit misst (s. Kapitel 3), durch Kohlbergs sechs Stufen beschrieben. Hierbei geht es um die Frage, an welchen moralischen Kriterien oder Regeln sich der Proband orientiert. Eine Präferenz bestimmter Stufen spiegelt also nicht die Fähigkeit des Befragten sondern dessen Einstellung (Affekt) wieder (Lind, 2003). Zum anderen die kognitiv-strukturelle Dimension. Sie wird beschrieben durch die Fähigkeit der Person ihre abstrakten moralischen Prinzipien in ihrem Handeln zur

Anwendung zu bringen. Beide Maße – Affekt und Kognition - können durch den MUT unabhängig voneinander am selben Urteilsverhalten einer Person erfasst werden. Linds Befunde bestätigen auch Kohlbergs Vermutung einer Parallelität zwischen Affekt und Kognition. Die Dimensionen moralische Einstellung (Affekt) und moralische Urteilsfähigkeit (Kognition) korrelieren hoch miteinander. Das heißt, je mehr sich das Urteil eines Probanden an moralischen Kategorien (Stufen) orientiert, je fähiger er also moralische Regeln konsistent in seinem Urteilsverhalten anwendet, desto mehr lehnt er untere Stufen ab und akzeptiert obere.

2.6 Die Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion (KMDD)

Wie moralisches Verhalten und die Fähigkeit dazu gefördert werden können, ist das Thema, das Lind seit 30 Jahren beschäftigt. Aufbauend auf Kohlberg und Blatt, hat er die Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion entwickelt. Sie ist heute so gut erforscht und so präzise, dass sie in vielen Bereichen Anwendung findet. Ihre Erfolge haben Anstoß zur vorliegenden Arbeit gegeben und die Frage aufgeworfen, warum die Methode bisher noch nicht im klinischen und vor allem im forensischen Bereich erforscht oder gar angewandt worden ist.

Im folgenden Abschnitt, sollen der Ablauf der KMDD und ihre wichtigsten Prinzipien zusammengefasst werden. Eine detaillierte Darstellung würde in dieser Arbeit den Rahmen sprengen. An dieser Stelle wird auf das Buch „Moral ist lehrbar“ von Lind (2003) verwiesen, welches als „Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung“ einen guten Einblick in diese Methode gewährt. Ein kurzes Ablaufschema einer Dilemma-Diskussion nach Lind befindet sich im Anhang dieser Arbeit (S. 49).

Für die KMDD werden semi-reale Dilemmata empfohlen (Lind, 2003). Diese sollen Neugierde und Spannung auslösen aber unbedingt Ängste vermeiden. Ein semi-reales Dilemma sollte realistisch und glaubwürdig sein, den Zuhörer aber nicht persönlich (be-)treffen. Außerdem muss es zur Gruppe und zum Kontext, in dem die KMDD durchgeführt werden soll, passen.

Zuerst wird das Dilemma vom Leiter der KMDD ohne weitere vorangehende Hinweise und so anschaulich wie möglich vorgestellt. Diese Art des Vortragens sieht

Lind als Schlüsselement. Sie soll die Gedanken und Emotionen der Zuhörer anregen, das Dilemma des Protagonisten spürbar machen.

Um die Aufmerksamkeit der Teilnehmer auf einem hohen Niveau zu halten, müssen sich während der Dilemma-Diskussion Phasen von Unterstützung und Herausforderung im zehnminütigen Abstand abwechseln. Der Leiter der Diskussion soll im Hintergrund bleiben.

Begonnen wird mit einer Unterstützungsphase, in der geklärt werden soll, worin das Dilemma besteht. Dazu wird die Geschichte auf einem Blatt ausgeteilt und die Diskussionsteilnehmer können Stichpunkte und Argumente schriftlich festhalten. Auch sollen sie überlegen, wie schwer oder leicht dem Protagonisten der Geschichte seine Entscheidung gefallen ist.

Dann wird im Plenum abgestimmt, wer der Meinung ist, dass die Person in der Geschichte richtig beziehungsweise falsch gehandelt hat.

Daraufhin bilden Personen, die einer Meinung sind, kleine Gruppen, tauschen ihre Argumente aus und sammeln diese.

Die eigentliche Diskussion findet dann im Plenum statt. Der Diskussionsleiter erklärt hierfür zwei Regeln, die ein Durcheinander verhindern und die Diskussion effizient gestalten sollen:

Die erste Regel ist die, dass jedes Argument zulässig ist und alles gesagt werden darf. Allerdings soll keine Person angegriffen oder bewertet werden (auch nicht positiv). Dies zielt auf eine sachliche Argumentation ab.

Die zweite, die sogenannte Ping-Pong-Regel besagt, dass sich die Teilnehmer der Diskussionsrunde gegenseitig aufrufen. Zuerst trägt ein Teilnehmer aus der kleineren Gruppe sein bestes Argument vor. Dann ruft er einen Teilnehmer aus der gegnerischen Gruppe auf. Dieser gibt eine Gegenantwort auf das gehörte Argument und ruft dann wieder einen Teilnehmer aus der ersten Gruppe auf.

Währenddessen schreibt der Leiter der Runde – oder ein Teilnehmer, der sich nicht für eine Seite entschieden konnte - die vorgebrachten Pro- und Contra-Argumente auf. Daneben achtet der Leiter auf die Einhaltung der beiden Regeln, wobei er - wie schon erwähnt - versucht, sich im Hintergrund zu halten.

Die Diskussion ist beendet, wenn alle Argumente vorgebracht sind und keine neuen hinzukommen.

Dann werden erneut kleinere Gruppen gebildet, um die Argumente der Gegengruppe in eine Rangreihe zu bringen.

Schließlich folgt eine Schlussabstimmung. Dann werden die besten Argumente der Gegenseite hervorgehoben. Hierbei sollen die Teilnehmern lernen, dass auch die Qualität der Gegenargumente von Bedeutung ist und nicht nur das Beharren auf den eigenen Argumenten.

Zum Schluss werden die Teilnehmer gefragt, ob ihnen die Diskussion gefallen hat und ob sie das Gefühl haben, etwas gelernt zu haben. Dies dient der Evaluation für den Diskussionsleiter, der so ein unmittelbares Feedback erhält.

In der KMDD geht es um die Auseinandersetzung mit eigenen und Gegenargumenten. Die Teilnehmer müssen ihren Standpunkt erstmals für sich klären und öffentlich vertreten. Dann müssen sie hierfür eigene Argumente finden und gleichzeitig Gegenargumente überdenken.

Durch die KMDD soll die Entwicklung moralisch-demokratischer Fähigkeiten, vor allem aber die Integration moralischer Empfindungen und moralischer Kognitionen aktiviert werden.

Ziele der Dilemmadiskussionsmethode sind nach Lind - unter anderem - bessere Diskurs- und Urteilsfähigkeit, sowie eine Übung, die eigenen moralischen Prinzipien in dazu passende Handlungen umzusetzen:

„Demokratie ist eine sehr anspruchsvolle moralische Idee darüber, wie Menschen ihr Zusammenleben regeln und gestalten sollen. ... Recht und Ordnung in einer Demokratie werden auf der Grundlage universeller moralischer Prinzipien durch einen freien Diskurs aller Mitglieder einer Gesellschaft bestimmt ... Konflikte werden nicht durch Macht und Gewalt, sondern durch demokratische bestimmte Gesetze und durch den Diskurs freier Bürger zu lösen versucht. ... Es scheint, dass wir uns um die ideelle Basis der Demokratie keine Sorgen machen müssen. ... Menschen wissen oft nicht, wie diese Prinzipien in konkreten Situationen anzuwenden sind, "vergessen" diese Prinzipien oft, wenn sie unter zeitlichem oder emotionalem Stress kommen oder sind völlig hilflos, wenn die Prinzipien selbst in Konflikt miteinander geraten, wenn sie zum Beispiel zwei Handlungsweisen erfordern, die sich gegenseitig ausschließen, den Handelnden also vor ein *Dilemma* stellen: Wie kann ich entscheiden, dass alle beteiligten Moralprinzipien eingehalten werden? Der Wunsch, moralisch zu handeln, setzt also mehr voraus als moralische Ideale und Werte. Er setzt auch Fähigkeiten voraus, diese Ideale in konkreten

Situationen konsistent und differenziert anzuwenden, also auch, selbst darüber nachzudenken, wie ein Dilemma gelöst werden kann, und mit anderen über die Lösung zu beraten und zu streiten. Wir nennen diese Fähigkeiten *moralisch-demokratische Fähigkeiten*. Wenn die Demokratie gelingen soll, müssen möglichst alle Bürger möglichst viele dieser Fähigkeiten besitzen.“ (Zitat aus: Lind, <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dildisk-d.htm#background>).

2.7 Die Bildungstheorie und weitere Erkenntnisse der Moralforschung

Viele Untersuchungen sprechen dafür, dass Menschen im Allgemeinen hohe moralische Ideale haben, aber einige nicht nach diesen handeln (können). Das zeigt, dass eine moralische Einstellung oder die Indoktrination moralischer Vorstellungen nicht automatisch zu moralischem Verhalten führt.

Auch scheinen inzwischen Annahmen überholt, die erklären, dass Entwicklung – vor allem moralische – nur bis zur Adoleszenz möglich ist. Heutige Entwicklungspsychologen gehen von einer lebenslangen Entwicklung aus (Alexander & Langer, 1990; Kuhn, 1991; Quelle: Lind 2000).

Mehrfach wurde bewiesen, dass Schüler und auch Studenten, die in ihrem Leben Verantwortung übernehmen können, die also lernen, sich in andere hineinzusetzen oder auch sich mit anderen auseinander zu setzen, eine hohe moralische Urteilsfähigkeit entwickeln können (Kohlberg & Higgins, 1984; Quelle: Lind 1987/2000; Lind, 2000, 2000c, 2002, 2003; Quelle: Lind 2004; Koszinoffski, 2006). „Ein weiterer wichtiger Faktor eines erfolgreichen Lehr- und Lernprozesses scheint durch die Kurse gegeben zu sein, die neues Wissen in experimentellen und semi-realen Szenarien einsetzen und testen. Norman Sprinthall und seine Kollegen (Sprinthall et al., 1996) nennen dies “Rollenübernahmefähigkeiten” (“Role-taking opportunities”), [...], denn es handelt sich hier um Möglichkeiten zur Übernahme ernsthafter Verantwortung. Durch diese Möglichkeiten wird die Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit neuen Wissens beträchtlich gesteigert. Menschen werden kaum, wenn überhaupt jemals, eingefahrene Überzeugungen zugunsten neuen Wissens aufgeben, wenn ihnen dieses lediglich als Theorie weitergegeben wird.“ (Zitat aus: Lind, 2001, S. 6).

Lind zeigt in seinem Buch „Moral und Bildung“, dass Bildung und Moralentwicklung nicht nur miteinander korrelieren, sondern dass Bildung eine ursächliche Bedingung für Moralentwicklung darstellt (S. 249). Lind vertritt und belegt also die Bildungstheo-

rie der moralischen Entwicklung. Sie besagt, „dass die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit nur solange eine Progression aufweist, wie sie durch (institutionalisierte) Bildungsprozesse in Elternhaus, Schule, Hochschule oder Beruf gefördert wird“ (Lind, 1993, S.96). Eine kontinuierliche Übung scheint also wichtig, da zu erwarten ist, dass es ohne diese äußeren Erfahrungen und Faktoren zur Regression der Urteilsfähigkeit kommt. Ein Beleg für diese Theorie ist die EMNID-Studie von 1990. Die Daten zeigen, dass die moralische Urteilsfähigkeit von jugendlichen Haupt- und Realschülern abnimmt, nachdem sie das allgemeinbildende Schulsystem verlassen haben. Die C-Werte sinken dann noch einmal rapide, wenn die Befragten im Alter zwischen neunzehn und zwanzig in das Berufsleben einsteigen (Lind, 1993, S.112). Studien wie die von Niemczynski et al. (1988; Quelle: Lind 1993) zeigen zudem, dass Männer, die von vorne herein schon weniger Bildung erhalten haben, ihre moralische Urteilsfähigkeit nach Schule und Ausbildung in höherem Maße einbüßen als diejenigen mit einem höheren Bildungsgrad (zum Beispiel Universität).

Eine wichtige Bedingung für die Entwicklung moralischer Urteilsfähigkeit ist nun nach Lind bei Beendigung von Schule und Ausbildung, dass junge Menschen die Möglichkeit bekommen auch oder gerade dann, Verantwortung zu übernehmen und wichtige Entscheidungen zu treffen (Lind, Journal of Research in Education, S. 11).

Nach Hendry und Kloep (2001) ist Entwicklung eine kontinuierliche Abfolge von Veränderungen. Sie findet statt, wenn Herausforderungen erfolgreich bewältigt werden. Es kommt folglich zur Stagnation, wenn ein Mensch trotz vorhandener Ressourcen keine Herausforderungen annehmen kann oder will. Routine-Aufgaben tragen so langfristig nicht zur Entwicklung bei.

Kohlberg und Higgins gingen schon 1984 davon aus, dass Erfahrungen wie Entscheidungen treffen und Verantwortung im Arbeitsumfeld übernehmen zu können eher zu moralischer Argumentation auf Stufe 5 führen, als Bildung alleine (Quelle: Lind, 1993). Allerdings kann Verantwortungsübernahme nur dann moralische Entwicklung anstoßen, wenn der Lernende eine gute und adäquate Rückmeldung – auch als angeleitete Reflexion bezeichnet – über sein Verhalten erhält. Vor allem Kinder sind auf das Vorbild einer erfahrenen Bezugsperson angewiesen (Lind, Journal of Research, S. 12).

2.8 Fazit

Aus den referierten Untersuchungen ergibt sich in Bezug auf die Fragestellung dieser Untersuchung folgendes Bild:

Wenige Möglichkeiten zur Verantwortungs- oder Perspektivenübernahme, ein schlechtes soziales Umfeld, Kommunikationslosigkeit und damit mangelnde Problemlösefähigkeiten führen zu emotions-fokussierten Bewältigungsstrategien wie Drogenkonsum und strafbarem Verhalten. Der regelmäßige Missbrauch von Suchtmitteln führt zu mangelhaften kognitiven und körperlichen Fähigkeiten und zur Vernachlässigung sozialer Pflichten. Geringe Schul- und/ oder Ausbildung führt dazu, dass der Mensch kaum Möglichkeiten zur Herausforderung oder Perspektivenübernahme bekommt. Diese Faktoren wirken sich erneut negativ auf die moralische Urteilsfähigkeit aus.

„Nur wenn die moralische Fähigkeit auch die Fähigkeit umfasst, in schwierigen sozialen Konfliktsituationen Probleme vernunftgeleitet zu lösen, ist sie eine Alternative zur Gewalt- und Machtanwendung bei der „Lösung“ von Konflikten.“ (Lind, 2003, S.19).

Schon Kohlberg geht davon aus, dass moralische Urteilsfähigkeit auf einer höheren Stufe zu größeren Kompetenzen und somit zu besserer allgemeiner Problemlösefähigkeit führt. Auch im Sinne von Linds Zwei-Aspekte-Theorie ist es notwendig, die moralischen Fähigkeiten von Menschen mit genannten Defiziten gezielt zu fördern, beispielsweise durch eine kontinuierliche Übung von Diskurs- und Urteilsfähigkeit. Diese Fähigkeiten stellen eine generelle Form der Problemlösefähigkeit dar. Die Umgebung einer forensischen Station ist gut dazu geeignet, diese Fähigkeiten zu fordern und zu fördern. In ihr könnten die versäumten Bildungsprozesse nachgeholt werden. Auch könnte die Einrichtung die Rolle des unterstützenden und reflektierenden Parts übernehmen.

Die Therapieziele forensischer Stationen stimmen zum Großteil mit den Zielen der KMDD überein. Deshalb könnte die Methode hier besonders geeignet sein

2.9 Hypothesen

Hypothese 1

Die Durchführung einer Dilemmadiskussion (KMDD) ist auch auf einer forensischen Station mit suchtkranken Straftätern möglich.

Auch bei erwachsenen Straftätern wird sie auf positive Resonanz treffen.

Hypothese 2

Die moralische Urteilsfähigkeit der Patienten ist zu Beginn ihrer Psychotherapie niedrig. Sie steigt auch ohne KMDD, je länger ein Patient auf Station ist und Therapie erhält.

Da die Therapieziele der Station mit den Zielen der KMDD übereinstimmen, müsste die moralische Urteilsfähigkeit auch durch die Therapie der Station steigen.

Patienten, die lange auf der Station sind (> 12 Monate) müssten auch ohne KMDD eine höhere moralische Urteilsfähigkeit erreichen als solche, die kürzer auf Station sind (< 12 Monate). Es soll der durchschnittliche C-Wert der < 12-Monate-Patienten mit dem der > 12-Monate-Patienten verglichen werden.

Hypothese 3

Die KMDD hat einen positiven Einfluss auf die moralische Urteilsfähigkeit der Teilnehmer (der C-Wert steigt mindestens um einen Punkt).

Die Methode erzielt bei Schülern, Studenten und jugendlichen Straftätern gute Erfolge. Im Vergleich sollte also die moralische Urteilsfähigkeit bei den Patienten, die an der KMDD teilnehmen (VG) um mindestens einen Punkt steigen.

Hypothese 4

Je früher das Suchtproblem besteht, also je jünger eine Person zu Beginn ihrer Drogenkarriere ist, desto niedriger ist ihre moralische Urteilsfähigkeit.

Menschen, die lange und schon im jungen Alter ein Suchtproblem haben, sind selten in ein gesundes soziales Gefüge wie Schule, Familie oder Arbeitsstelle integriert.

Das hat eine niedrige moralische Urteilsfähigkeit zur Folge. Durch die Betäubung mit Drogen und dem Wegfall sozialer Pflichten kann diese auch nicht wachsen.

3. Methode

3.1 Design der Untersuchung

Die Studie war als Interventions-Experiment mit Evaluationen zu drei Erhebungszeitpunkten (Prätest, Posttest, Follow-up-Erhebung) angelegt.

Angestrebt war ein univariater Versuchsplan mit abhängigen Stichproben (within subjects design) und einer Gruppe von Versuchspersonen (Versuchsgruppe = Kontrollgruppe). Alle Patienten (N = 17) der ausgewählten Station waren für das Experiment vorgesehen. Eine Einteilung in Versuchsgruppe und Kontrollgruppe war in der Theorie nicht möglich, da alle Patienten dieser Station in ständiger Interaktion miteinander stehen. Die Versuchsleitung ging davon aus, dass die Teilnehmer der KMDD ihre Mitpatienten, die nicht teilnehmen würden, durch Gespräche zum gewählten Thema beeinflussen könnten. Eine räumlich getrennte vergleichbare Kontrollgruppe war in der Institution nicht vorhanden.

Tabelle 2 zeigt den theoretischen Versuchsplan:

Angestrebter Versuchsplan:

Versuchsgruppe = Kontrollgruppe	Zeitpunkt 1 = Prätest	Zeitpunkt 2 = Intervention	Zeitpunkt 3 = Posttest	Zeitpunkt 4 = Follow-up
Einladung aller Patienten (N = 17) zur Dilemmadiskussion	Messung der AV = C-Wert durch den MUT	UV = KMDD	Messung der AV durch den MUT	Messung der AV durch den MUT

Tabelle 2

Die angezielte Stichprobengröße konnte leider nicht realisiert werden, da es im Feld unvorhersehbare Schwierigkeiten gab. Entgegen erster Informationen konnte die ärztliche Leitung die Dilemmadiskussion nicht verpflichtend machen, da der Therapieplan bereits voll ausgeschöpft war. Auch war es nicht möglich, die Befragung der Patienten selbst durchzuführen, wodurch es zu Kommunikationsproblemen und damit zu einer sehr geringen Beteiligung kam. Hinzu kam wohl eine Übervorsicht der ärztlichen Verantwortlichen, die mit der Methode der Dilemmadiskussion nicht vertraut waren.

Die situativen Faktoren führten dann zu einem Versuchsplan mit einer Versuchs- und einer Kontrollgruppe (VG: N = 2/ KG: N = 2).

Die Zuordnung der Patienten zur KG wurde in der Follow-up-Erhebung durch die Fragen „Die Geschichten in diesem Fragebogen lösen häufig Diskussionen aus. War das bei Ihnen auch der Fall?“ und „Haben Sie mit anderen schon einmal über ähnliche Themen diskutiert?“ festgelegt. Ein Vergleich der beiden Gruppen als VG und KG war nur möglich, weil sich die Personen der KG - laut eigener Aussage - nach Ausfüllen des MUT nicht weiter mit diesem oder einem ähnlichen Thema beschäftigten. Sie nahmen nicht an der Intervention teil. Es gab auch keinen Austausch mit den drei Teilnehmern.

Tabelle 3 zeigt das tatsächliche Versuchsdesign:

Tatsächlicher Versuchsplan:

Zeitpunkt 1 = Prätest	Zeitpunkt 2 = Intervention	Zeitpunkt 3 = Posttest	Zeitpunkt 4 = Follow-up
Einladung der Patienten und Messung AV (N = 8)	KMDD (N = 3) [vs. keine KMDD (N =2)]	Messung AV KMDD-Teilnehmer (N = 3)	Messung AV (N gesamt = 4) - KMDD (N = 2) - keine KMDD (N = 2)

Tabelle 3

3.2 Versuchsdurchführung

Vorab wurden dem Team der Station Thema und Idee der Arbeit im Rahmen eines Referats vorgestellt und von diesem befürwortet.

3.2.1 Überblick über den Versuchsablauf

Zum ersten Erhebungszeitpunkt füllten die Versuchspersonen auf freiwilliger Basis den MUT und einen Fragebogen aus, der für die Erhebung der soziodemographischen Daten von Bedeutung war.

Die Intervention selber, die Dilemmadiskussion, fand eine Woche nach dem Ausfüllen des MUT anstelle einer Gruppenstunde statt. Die Klienten hatten auch hier die Möglichkeit, freiwillig an der Runde teilzunehmen. Für ihre Mitarbeit wurden sie nicht

bezahlt. Es wurde von einer grundsätzlichen Therapiemotivation ausgegangen. Die Diskussion fand im Gruppentherapieaum der Station statt.

Zum zweiten Erhebungszeitpunkt, etwa drei Wochen nach der Veranstaltung, wurden der MUT sowie der soziodemographische Fragebogen erneut ausgefüllt.

Drei Monate nach der Intervention wurden der MUT und der soziodemographische Fragebogen in etwas veränderter Form ein drittes Mal ausgeteilt.

3.2.2 Durchführungsbericht

Die Patienten wurden in der wöchentlich stattfindenden Vollversammlung zur Teilnahme an der KMDD eingeladen. Sie konnten daraufhin selbständig über ihre Mitarbeit entscheiden

Der MUT wurde den Patienten übergeben und später vom Chefarzt wieder eingesammelt. Die Fragebögen konnten nach dem ersten Austeilen nicht direkt ausgefüllt und wieder eingesammelt werden, da dies nach Meinung der Stationsleitung den Stationsablauf behindert hätte.

Den Patienten wurde gesagt, dass sie an einer Diskussionsrunde teilnehmen könnten, die ein ähnliches Thema wie das des zuvor ausgeteilten MUT beinhalte. Der Termin wurde auf eine Gruppentherapiestunde in der darauffolgenden Woche gelegt. Die Freiwilligkeit der Teilnahme wurde hervorgehoben. Eine Bezahlung für die Teilnahme wurde nicht in Erwägung gezogen. Es wurde vom Interesse der Patienten ausgegangen. Die Zielsetzung der Methode wurde nicht erläutert.

Zehn Tage nach der Einladung fand die Dilemmadiskussion statt. Als Thema wurde das Malvinder-Dilemma vorgestellt (siehe Anhang). In dieser semi-realen Geschichte geht es um einen jungen Inder, der sich sterilisieren lässt, um seiner Familie das Überleben zu sichern. Er erhält dafür von der Weltbank 10 000 Euro.

Die Stationsleitung äußerte über die Auswahl des Dilemmas Bedenken, die sich aber im Nachhinein als verfrüht erwiesen. Eben dieses kritische Thema der Sterilisation führte zu einer spürbaren Erregung der Teilnehmer. Die Probanden konnten sich gut in die Situation des Protagonisten hineinversetzen, fühlten sich aber persönlich nicht bedroht. Diese Bedingungen führten – wie von Lind vorhergesagt und vorausgesetzt

- zu einer guten Diskussion mit Argumenten auf verschiedensten moralischen Ebenen.

Zur Dilemmadiskussion erschienen drei Patienten, ein Pfleger und der Chefarzt. Das geringe Interesse an der Methode beruhte nach Meinung der Anwesenden darauf, dass alle Patienten die Option bekommen hatten, an der Runde teilzunehmen oder den Mittag frei zu haben. Die drei teilnehmenden Männer hielten diese Freistellung für fragwürdig.

Trotz der geringen Teilnehmerzahl wurde die KMDD durchgeführt. Der anwesende Pfleger – ein Mitarbeiter, der von Anfang an viel Interesse an der Methode bekundet hatte – nahm die Einladung zur Teilnahme gerne an.

Dass es möglich war, die Diskussion trotz der wenigen Teilnehmer durchzuführen, zeigte die Robustheit der Methode und war ein Erkenntniszugewinn auf diesem Gebiet.

Die Dilemmadiskussion konnte erfolgreich – was den vorgesehenen Ablauf und die aktive Teilnahme der vier Männer betrifft – durchgeführt werden. Die Argumente der Probanden werden in Kapitel 4 vorgestellt.

Die drei Teilnehmer sagten zu, denselben Fragebogen, den sich schon einmal ausgefüllt hatten, zu einem weiteren Erhebungszeitpunkt zwei Wochen nach der Diskussion noch einmal auszufüllen. Die Probanden wurde explizit darauf hingewiesen, dass es sich um denselben Fragebogen handeln würde. Dies wurde mit dem Interesse der Versuchsleiterin begründet, herauszufinden, ob sich durch die Diskussionsrunde etwas an der Einstellung der Männer geändert habe.

Zwei Wochen nach der Diskussionsrunde sollten die drei Fragebögen abgeholt werden. Nur ein Teilnehmer hatte den Bogen ausgefüllt. Die beiden anderen waren auf einem einwöchigen Ausflug und damit nicht erreichbar. Nach mehrmaligem Nachfragen waren drei Wochen nach der Intervention alle drei Fragebögen ausgefüllt und zum Abholen bereit.

Nach der Dilemmadiskussion berichteten die Teilnehmer, dass sich ein großer Teil der Patienten nach der ersten Erhebung im Raucherzimmer der Station getroffen und

über das Arzt-Dilemma diskutiert hatte. Dies bekräftigte die Versuchsleitung trotz der geringen Resonanz, den MUT ein weiteres Mal an alle auszuteilen. Damit sollte zu diesem Zeitpunkt zusätzlich überprüft werden, ob auch ohne Dilemmadiskussion nur aufgrund dieser Unterhaltung im Raucherzimmer oder einer Diskussion mit ähnlichen Themen eine Veränderung der moralischen Urteilsfähigkeit der Beteiligten zu verzeichnen sei. Zu diesem Zweck wurde der soziodemographische Fragebogen für die dritte Erhebung verändert (siehe Anhang).

Elf Wochen nach Durchführung der KMDD wurden alle Patienten nochmals gebeten, den MUT auszufüllen. Allerdings wurde bei diesem Termin darauf bestanden, den Test sofort nach dem Austeilen wieder einzusammeln. Auch zu diesem Zeitpunkt wurde die Freiwilligkeit der Teilnahme hervorgehoben. Es erklärten sich vier Bewohner der Station zum Ausfüllen bereit, woraufhin ein Termin vereinbart wurde, an dem der Fragebogen ausgeteilt und im Anschluss wieder eingesammelt werden konnte. Diese dritte Erhebung fand im August nach einer Gruppentherapiesitzung statt.

Zum letzten Erhebungszeitpunkt wurde der MUT erneut von zwei Teilnehmern der Dilemmadiskussion ausgefüllt. Zwei Fragebögen wurden von Patienten ausgefüllt, die nicht an der Dilemma-Diskussion teilgenommen hatten. Einer gab an, noch nie über ein Dilemma diskutiert zu haben, der andere hatte schon einmal über ein ähnliches Thema gesprochen. Diese beiden Testperson hatten den MUT zum ersten Erhebungszeitpunkt schon einmal ausgefüllt, womit Vergleichswerte und somit eine Kontrollgruppe entstand.

Nach dem Einsammeln der vier Fragebögen wurde von Seiten der Patienten vorgeschlagen, eine weitere Dilemmadiskussion durchzuführen. Diesem Vorschlag wurde unter der Bedingung zugestimmt, dass bei der zweiten Runde eine größere Anzahl an Teilnehmern dabei sein müssten. Die Patienten erklärten sich bereit, noch weitere Interessenten zu motivieren. Der Vorschlag wurde leider von der Stationsleitung abgewiesen.

Das Feedback der Teilnehmer bekräftigte die Annahme, dass die KMDD bei dieser Klientel sehr wohl auf positive Resonanz stieß und deren Interesse weckte.

Während des Versuchszeitraums von April bis August wurde der Gegenstand der Untersuchung, die moralische Urteilsfähigkeit, von Seiten der Versuchsleitung gegenüber den Probanden zu keinem Zeitpunkt thematisiert. Dennoch kamen die teilnehmenden Männer nach der Diskussionsrunde mehrfach scherzend auf "Die Moral von der Geschicht" zu sprechen. Möglicherweise gab die Stationsleitung den Patienten die Information.

Es muss vermerkt werden, dass der Stationsleitung der Unterschied zwischen dem gängigen Begriff der Moral und der moralischen Urteilsfähigkeit im Sinne der Moralpsychologie nicht klar gemacht werden konnte. Dies wurde in einem Gespräch deutlich. Die Kollegen wollten sich mit den Argumenten der Versuchsleiterin nicht auseinandersetzen und beharrten auf ihrer Definition von Moralpsychologie.

3.3 Stichprobe

Die an der Studie teilnehmende Station setzte sich aus siebzehn straffälligen Männern mit verschiedensten Abhängigkeitserkrankungen von Alkohol- bis Heroinabhängigkeit zusammen. Sie waren nach § 64 StGB untergebracht. Von den Patienten waren aufgrund ihrer Erkrankung weitere Straftaten zu erwarten.

§ 64 (StGB)

Unterbringung in einer Entziehungsanstalt

Hat eine Person den Hang, alkoholische Getränke oder andere berauschende Mittel im Übermaß zu sich zu nehmen, und wird sie wegen einer rechtswidrigen Tat, die sie im Rausch begangen hat oder die auf ihren Hang zurückgeht, verurteilt oder nur deshalb nicht verurteilt, weil ihre Schuldunfähigkeit erwiesen oder nicht auszuschließen ist, so soll das Gericht die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt anordnen, wenn die Gefahr besteht, dass sie infolge ihres Hanges erhebliche rechtswidrige Taten begehen wird. Die Anordnung ergeht nur, wenn eine hinreichend konkrete Aussicht besteht, die Person durch die Behandlung in einer Entziehungsanstalt zu heilen oder über eine erhebliche Zeit vor dem Rückfall in den Hang zu bewahren und von der Begehung erheblicher rechtswidriger Taten abzuhalten, die auf ihren Hang zurückgehen.

Die tatsächliche Stichprobe setzt sich wie folgt zusammen:

1. Acht Personen füllten den MUT zum ersten Erhebungszeitpunkt aus (N = 8).
 - Ihr Durchschnittsalter betrug 33 Jahre.
 - Ihre Alltagssprache war bis auf eine Ausnahme deutsch.
 - Sechs erreichten den Hauptschulabschluss. Einer gab an, einen Universitätsabschluss zu haben, einer hatte keinen Abschluss.

- Im Mittel waren sie seit 8,5 Monaten auf der Station untergebracht . Sechs lebten zum ersten Erhebungszeitpunkt weniger als zwölf Monate dort, zwei waren schon länger auf der Station.
 - Ihr Suchtproblem bestand im Durchschnitt seit 14 Jahren. Fünf Männer begannen mit dem problematischen Suchtmittelkonsum vor oder mit dem zwanzigsten Lebensjahr, drei mit Mitte zwanzig bis Anfang dreißig.
2. Drei Männer nahmen an der Dilemmadiskussion teil (N = 3).
 3. Diese drei Männer füllten den MUT nach dem Treatment erneut aus (N = 3).
 4. Vier Männer füllten die Fragebögen zum dritten Erhebungszeitpunkt aus. Zwei hatten an der Dilemmadiskussion teilgenommen (VG, N = 2), zwei hatten nur zum ersten Erhebungszeitpunkt die Fragebögen ausgefüllt (KG, N = 2).

3.4 Die Erhebungsinstrumente

3.4.1 Messung der AV durch den Moralischen Urteil-Test (MUT) von Lind

Der Moralische Urteil-Test wurde von Lind entwickelt, um nach seiner in Kapitel 2 besprochenen Zwei-Aspekte-Theorie den kognitiven und den affektiven Aspekt der moralischen Urteilsfähigkeit simultan zu erfassen. Der Test hat das Design eines experimentellen Fragebogens. Er ist ein geeignetes Mittel für die Evaluation pädagogischer Interventionsprogramme (wie beispielsweise der KMDD). Der MUT dient nicht der Individualdiagnostik oder der Benotung der individuellen moralischen Urteilsfähigkeit (Lind 2003), sondern ist für die Evaluation von Effekten auf Gruppenebene konzipiert.

Der Test ist ein Fähigkeitstest wie beispielsweise ein Intelligenztest und nicht simulierbar (Wasel, 1993; Lind, 1993, 2002; Quelle: Lind 2003). Inzwischen ist er in 29 Sprachen übersetzt.

Der MUT (siehe Anhang, S. 57) besteht aus zwei moralischen Dilemmata, dem Arbeiter- und dem Arzt-Dilemma. Das Arbeiter-Dilemma handelt vom Einbruch zweier Arbeiter in die eigene Firma, das Arzt-Dilemma von einem Arzt, der einer schwerkranken Frau beim Sterben hilft.

Nach jedem Dilemma muss der Proband entscheiden, ob sich die Protagonisten des Dilemmas seiner Meinung nach eher richtig oder eher falsch entschieden haben.

Anschließend müssen je sechs Argumente, die für das Verhalten des Arztes/ der Arbeiter sprechen und sechs Argumente, die gegen deren Verhalten sprechen, bewertet werden.

Diese Argumente sind den sechs Stufen Kohlbergs⁴ entsprechend in unterschiedlicher moralischer Qualität formuliert. Die Bevorzugung einer bestimmten Stufe hat jedoch keine Relevanz für den Testwert, da der MUT die Fähigkeit und nicht moralische Einstellung der Testperson messen soll. Aus dem Muster der Antworten ergibt sich das spezifische Urteilmuster der untersuchten Person. Der gemittelte Summenscore der Stufen zeigt die Präferenz des Probanden, das heißt die Einstellung zu jeder der sechs Stufen.

Das Antwortverhalten der Testperson zeigt deren kognitiven Fähigkeiten. Diese spielen für das moralische Urteilen eine zentrale Rolle. Sie sind wie bereits erwähnt nicht simulierbar (Lind, 1993, S.125).

Der Testwert liegt zwischen 0 und 100. Er heißt C-Wert. „C“ steht für „competence“. Der höchste Testwert – 100 - wird erreicht, wenn die Testperson die Argumente konsistent nach deren Qualität und nicht nach ihrer Meinungskonformität bewertet. Ein Wert von Null bedeutet folglich, dass sich die Testperson beim Bewerten der Argumente überhaupt nicht an moralischen Prinzipien orientiert hat.

Der C-Wert ist „definiert als der Anteil der Urteilsvarianz (Quadratsumme) an der gesamten Antwortvarianz [einer] Person (im MUT), die durch den Faktor Stufe erklärt wird“ (Lind 2000, S.83). Der Wert wird per Computer durch eine intra-individuelle Varianzkomponentenanalyse berechnet.

Der Einsatzbereich des MUT erstreckt sich auf ältere Schüler, Studenten und junge Erwachsene. Studien konnten zeigen, dass der MUT mit Hilfestellungen auch bei Probanden mit geringerer Bildung einsetzbar ist.

⁴ Kohlberg unterscheidet drei Ebenen der moralischen Argumentation, auf jeder Ebene existieren zwei Stufen: Auf der *präkonventionellen* Ebene orientiert man sich an Bestrafung und Gehorsam (Stufe 1) und instrumentell-relativistischen Werten (d.h. Vorteile zu erlangen, auch wenn dadurch gelegentlich Nachteile entstehen, Stufe 2), auf der *konventionellen* Ebene steht das Motiv im Vordergrund, Missbilligung durch andere zu vermeiden oder Anerkennung zu erlangen (Stufe 3) und die Orientierung an Gesetzen und Ordnungen der Gesellschaft (Stufe 4), auf der *postkonventionellen* Ebene die Orientierung am demokratisch zustande gekommenen sozialen Vertrag, z.B. Achtung des Mehrheitsprinzips (Stufe 5) und die Orientierung an universellen ethischen Prinzipien (Stufe 6). (Lind, 2003; Lenz, 2006)

Um den Versuchspersonen dieser Studie das Ausfüllen des Fragebogens zu erleichtern, wurden zum einen die Schriftgröße zum anderen einige Formulierungen verändert. Die Skalen, die ursprünglich mit Zahlen von – 4 bis 4 beschriftet sind, wurden in Kästchen umgewandelt, die keine Beschriftung haben. So wurde den Probanden ermöglicht ihre Antworten nach ihrem Gefühl zu geben. Das Wegstreichen der Zahlen sollte eine Verunsicherung verhindern.

Der folgende Auszug aus dem veränderten MUT – Abbildung 1 - dient der Veranschaulichung:

- Halten Sie das Verhalten der Arbeiter eher für *richtig* oder *falsch*?

eher falsch	neutral	eher richtig

Abbildung 1

Für die beiden ersten Erhebungszeitpunkte wurde das Arzt-Dilemma vor dem Arbeiter-Dilemma angeboten. Die Versuchsleitung befürchtete, dass die Patienten den Fragebogen nicht ausfüllen würden, wenn zuerst ihre Meinung zum Thema Einbruch erfragt würde. Die Vermutung war, dass die Geschichte der Arbeiter zu nahe am eigenen Geschehen wäre und folglich zu starke Emotionen aufkommen ließe. Dies könnte zu einem Gefühl der persönlichen Bedrohung führen, was wiederum negative Auswirkungen auf die moralische Urteilsfähigkeit im Arbeiter-Dilemma haben könnte. Die Idee entstand aus einem Forschungsergebnis von Bataglia und Agati (2003), die bei brasilianischen Studenten einen sehr viel höheren C-Wert im Arbeiter-Dilemma verzeichneten (Segmentierungsphänomen). Um herauszufinden, ob die moralische Urteilsfähigkeit der Probanden für die Dilemmata unterschiedlich ist, wurden die C-Werte also auch für beide Dilemmata getrennt berechnet.

Die Dilemmata des MUT wurden bei der letzten Datenerhebung in ursprünglicher Reihenfolge dargeboten (Arbeiter- vor Arzt-Dilemma). Dies diente dazu festzustellen, ob die unterschiedliche Darbietung einen Einfluss auf den C-Score hat. Die Ergebnisse dazu werden im vierten Kapitel dargestellt.

Tabelle 4 zeigt die Darbietungsreihenfolge im Überblick:

	Prätest	Posttest	Follow-up
Darbietungsreihenfolge	Arzt- vor Arbeiter-Dilemma	Arzt- vor Arbeiter-Dilemma	Arbeiter- vor Arzt-Dilemma

Tabelle 4

3.4.2 Erhebung der UVn durch den soziodemographischer Fragebogen

Zusätzlich zum MUT erhielten die Probanden einen weiteren Fragebogen, der ebenfalls im Anhang (S. 62) aufgeführt ist. Die ersten drei Fragen dienen der Kodierung. Sie sollen helfen, die Patienten den Erhebungszeitpunkten zuzuordnen.

Dann folgen Fragen, die Alter, Umgangssprache, Dauer des Suchtmittelkonsums und Länge des Aufenthalts auf der forensischen Sucht-Station erfragen sollen. Diese Erhebung dient dazu, die zweite und vierte Hypothese dieser Arbeit zu bearbeiten. Die Thesen sind, dass die moralische Urteilsfähigkeit auch ohne KMDD mit der Dauer des Stationsaufenthalts steigt und dass sie umso niedriger ist, je jünger die Testpersonen zu Beginn ihres Suchtproblems waren.

Die Frage nach der Alltagssprache wurde gestellt, um eventuelle Probleme beim Ausfüllen des Bogens und beim Verständnis aufzudecken.

Die abhängige Variable (AV), die sich aus der Untersuchung ergibt, ist der C-Wert. Dieser wird aus dem Antwortverhalten im MUT berechnet. Die unabhängigen Variablen (UVn) werden durch den soziodemographischen Fragebogen erhoben. Diese sind: die Dauer des Stationsaufenthalts, der Schulabschluss und die Dauer des Suchtproblems. Die KMDD ist die wichtigste unabhängige Variable dieser Arbeit.

3.5 Statistische Auswertung

Die Auswertungen dieser Studie erfolgten mit dem Programm Statistica 5.

Aufgrund des kleinen Datensatzes von $n = 2$ für alle drei Erhebungszeitpunkte und $n = 4$ für die Erhebungszeitpunkte eins und drei wurden statt herkömmlicher Hypothesen-Tests absolute Effektstärken (Lind, 2007) berechnet. Diese zeigen trotz kleiner Stichprobe ein anschauliches Ergebnis.

Für den MUT wurde Intervallskalenniveau angenommen. Die Gruppenmittelwerte der C-Werte wurden durch multivariate Varianzanalysen (MANOVA) berechnet.

Alle Zusammenhänge zwischen dem C-Wert und den ordinalskalierten Daten des soziodemographischen Fragebogens wurden durch Produkt-Moment-Korrelationen berechnet.

Die zentrale Idee der Studie war, die Methode der Dilemma-Diskussion in die forensische Therapie einzubauen, um damit die Therapieziele der Institutionen zu erreichen. Die Haupthypothese (die KMDD ist durchführbar) wurde nicht statistisch berechnet sondern durch das subjektive Empfinden der Versuchsleiterin und des mitwirkenden Pflegers, den guten und vollständigen Verlauf der Dilemma-Diskussion und das Feedback der Patienten als bestätigt angenommen.

Für die zweite Hypothese wurden die Versuchspersonen (N = 8) in vier Gruppen geteilt. Es schien sinnvoll, den Unterschied beim Einstiegsalter des Suchtmittelkonsums zu beachten. Eine Gruppe gab das Einstiegsalter vor dem zwanzigsten Lebensjahr an, die andere später. Die maximale Dauer des Stationsaufenthalts beträgt laut Gesetz 24 Monate (§ 67d StGB, Dauer der Unterbringung Abs. 1: Die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt darf zwei Jahre nicht übersteigen.). Die Versuchspersonen wurden deshalb verteilt auf eine Gruppe, die kürzer als 12 Monate auf Station war und eine, die länger als 12 Monate Therapie erhalten hatte. Dann wurden die mittleren C-Werte miteinander verglichen. Die Mittelwertdifferenzen wurden hier durch absolute Effektstärken dargestellt. Der Einfluss des Drogeneinstiegsalters auf die moralische Urteilsfähigkeit wurde auch für die vierte Hypothese tabellarisch festgehalten. Zudem wurde der Zusammenhang mittels Produkt-Moment-Korrelation hervorgehoben.

Die Veränderung der moralischen Urteilsfähigkeit wurde durch Vorher-Nachher-Vergleiche festgemacht. Auch hier wurde mit absoluten Effektstärken gearbeitet.

4. Ergebnisse

4.1 Anwendbarkeit der KMDD

Die Untersuchung ergibt, dass die KMDD auf der untersuchten forensischen Station gut anzuwenden war. Die Methode konnte in ihrer Standardabfolge wie bei anderen Personengruppen ohne Einschränkungen durchgeführt werden, was ihre Robustheit beweist. Alle vorgegebenen Phasen wurden eingehalten. Die Teilnehmer konnten sich weitestgehend an die vorgegebenen Regeln halten. Während der gesamten 80 Minuten waren sie zum einen konzentriert auf die Argumente der Gegenpartei, zum anderen in die Diskussion und das Generieren von Gegenargumenten vertieft. Die

Argumente, die formuliert wurden, können auf den verschiedensten moralischen Ebenen angesiedelt werden.

Tabelle 5 stellt den Report der Dilemmadiskussion mit sämtlichen Argumenten dar.

Argumente Pro und contra (Plenum)

Pro (das Verhalten von M. war eher richtig)	Contra (das Verhalten von M. war eher falsch)
➤ Jeder kann sich frei entscheiden (für Geld oder Leben) ➤ 10 000 Euro sind viel Geld → wenn sich M. stattdessen für eigene Kinder entscheidet, gibt es einen Hungerleider mehr auf der Welt ➤ M. kann immer noch ein Kind adoptieren (es gibt genügend Waisen auf der Welt) ➤ M. hat keine andere Möglichkeit, weil er seine Familie retten muss → so haben er u. seine Geschwister etwas zu essen und können ihre Ausbildung beenden ➤ Vorgänge wie eine Hilfsorganisation zu gründen, dauern zu lange ➤ Woher kommt die Zuversicht, dass sich in der nächsten Generation etwas ändert ohne das Geld? ➤ Man sollte als Außenstehender (andere Diskussteilnehmer) die Gefühle zurückstellen und objektiver sein	➤ Jeder Mensch sollte das Recht haben, sich fortpflanzen zu dürfen (Menschenwürde) ➤ M's Sackgasse wird ausgenutzt, er wird mit Geld gelockt ➤ Man kann doch nicht von vornherein sagen, dass M's Kind ein Hungerleider wird ➤ Die Weltbank ist unmöglich und sollte eine andere Lösung finden (z.B. Hilfsorganisation) ➤ Geld/ Status zählt in Indien sicher nicht so viel wie hier ➤ Unfair, dass M. persönliche Opfer bringen muss ➤ Wenn M. das Geld ausgegeben hat, ist die Familie in der selben Situation wie vorher ➤ Es ist nicht richtig, einen Kredit an die Bedingung Sterilisation zu binden → der Preis ist zu hoch!

Tabelle 5

Im Verlauf der Diskussion zeigte keiner der Teilnehmer Desinteresse, Langeweile oder Überforderung. Das Feedback im Anschluss an die Diskussionsrunde war durchgehend positiv. Auch die geringe Teilnehmerzahl wurde von den Probanden als eher positiv bewertet („So konnte jeder seine Meinung äußern“). Ein zusätzliches Argument für die Einführung der Methode in ein therapeutisches Setting wie dieses war die Bitte der Teilnehmer um eine weitere Diskussionsrunde. Es kann zudem positiv vermerkt werden, dass die Dilemmata des MUT einige Patienten der Station zum Nachdenken und internen Diskutieren im Raucherraum anregten.

4.2 Die Entwicklung der moralischen Urteilsfähigkeit ohne KMDD

Die zweite Hypothese dieser Arbeit besagt, dass *die moralische Urteilsfähigkeit der Patienten zu Beginn ihrer Psychotherapie niedrig ist. Sie steigt auch ohne KMDD, je länger ein Patient auf Station ist.*

Die Probanden, welche die Fragebögen zum ersten Erhebungszeitpunkt ausfüllten (N = 8), wurden für die Untersuchung dieser Hypothese in vier Gruppen geteilt. Diese Unterteilung machte einen Vergleich möglich.

Die beiden ersten Gruppen ergaben sich aus der unterschiedlichen Dauer des Stationsaufenthalts der Patienten:

- Die erste Gruppe umfasst die Patienten, deren Stationsaufenthalt zum Messzeitpunkt weniger als 12 Monate betrug (N = 6).
- Die zweite Gruppe besteht aus Patienten, die zum ersten Erhebungszeitpunkt mehr als 12 Monate auf der Station verbrachten (N = 2).

Die Zeitpunkte wurden deshalb gewählt, weil die Patienten dieser Station nach dem Gesetz nur 24 Monate hier untergebracht werden können. Sie haben also mit 12 Monaten die Hälfte der Therapiezeit hinter sich.

Zuletzt wurden diese beiden Gruppen unterschieden in diejenigen, die den Beginn ihrer Suchtproblematik in der Adoleszenz, also vor oder mit dem zwanzigsten Lebensjahr festsetzten und diejenigen, die später mit dem problematischen Konsum von Suchtmitteln begonnen hatten. Der Grund hierfür war, dass die Personen dieser Untersuchung, die schon in jungen Jahren eine Abhängigkeit entwickelten, von vorneherein im Durchschnitt einen niedrigeren C-Wert erreichten. Dieses Ergebnis wird unter Abschnitt 4.4 noch einmal genauer betrachtet. Schließlich wurden die Gruppen miteinander verglichen.

Für die Dauer des Stationsaufenthalts und die C-Werte aller Patienten ohne Gruppenaufteilung konnte kein signifikanter Zusammenhang gefunden werden ($r = 0,152$).

Tabelle 6 zeigt die einzelnen Gruppen und die Effektstärken im Überblick:

	< 12 Monate	> 12 Monate	Absolute Effektstärken
Gruppe 1: jünger als 20 J. bei Suchtbeginn	N = 4 Mittlerer C-Wert: 20,83	N = 1 Mittlerer C-Wert: 19,6	N = 5 <u>Differenz Gruppe 1</u> 1,23 Punkte
Gruppe 2: älter als 20 J. bei Suchtbeginn	N = 2 Mittlerer C-Wert: 51,65	N = 1 Mittlerer C-Wert: 34,9	N = 3 <u>Differenz Gruppe 2</u> 16,75 Punkte
Absolute Effektstärken	N = 6 <u>Differenz:</u> 30,82 Punkte	N = 2 <u>Differenz:</u> 15,3 Punkte	N = 8

Tabelle 6

Die Versuchspersonen der Gruppe 1, < 12 Monate (N = 4), datierten den Beginn ihrer Suchtproblematik auf die Adoleszenzphase. Sie waren zum ersten Erhebungszeitpunkt weniger als zwölf Monate auf der untersuchten Station. Ihr mittlerer C-Wert liegt bei 20,83 Punkten. Im Vergleich dazu erreichte Versuchsperson 8, > 12 Monate (N = 1), die den Beginn ihres Suchtproblem ebenfalls in diese Entwicklungsphase legte, einen C-Wert von 19,6 Punkten. Dieser Proband war zum ersten Erhebungszeitpunkt seit mehr als zwölf Monaten auf der Station.

Die Versuchspersonen der Gruppe 2, < 12 Monate (N = 2), begannen erst nach der Adoleszenzphase genauer mit bzw. nach dem Alter von 25 Jahren mit dem problematischen Konsum. Sie waren weniger als 12 Monate auf Station und erreichten einen mittleren C-Wert von 51,7 Punkten. Versuchsperson 2, > 12 Monate (N = 1), lebte seit 20 Monaten auf der Station, war seit dem sechsundzwanzigsten Lebensjahr suchtkrank und erreichte beim ersten Erhebungszeitpunkt einen C-Wert von 34,9 Punkten.

Die absoluten Effektstärken zeigen, dass der C-Wert bei Gruppe 1 mit Dauer des Stationsaufenthalts um 1,23 Punkte fällt. Der C-Wert der Gruppe 2 fällt sogar um 16,75 Punkte.

Vergleicht man die Gruppen 1 und 2, die kürzer als 12 Monate auf Station sind, stellt sich heraus, dass Gruppe 2 im Durchschnitt einen um 30,82 Punkte höheren C-Wert erreicht (N = 6). Bei den Befragten, die mehr als 12 Monate auf Station waren, erreichte Gruppe 2 15,3 Punkte mehr als Gruppe 1 (N = 2).

Abbildung 2 zeigt links die mittleren C-Werte der Probanden, die weniger als 12 Monate auf der forensischen Station leben und rechts die Werte der Probanden, deren Verweildauer beim ersten Erhebungszeitpunkt über 12 Monaten lag.

Die erste Gruppe (im Schaubild blau) erreichte schon zu Beginn ihrer Therapie einen niedrigeren C-Wert. Dieser Wert fiel mit der Dauer des Stationsaufenthalts. Die Probanden, die spät mit dem Konsum begannen (im Schaubild rot), erreichten anfangs zwar einen hohen C-Wert, auch diese Werte fielen aber mit der Dauer des Stationsaufenthalts.

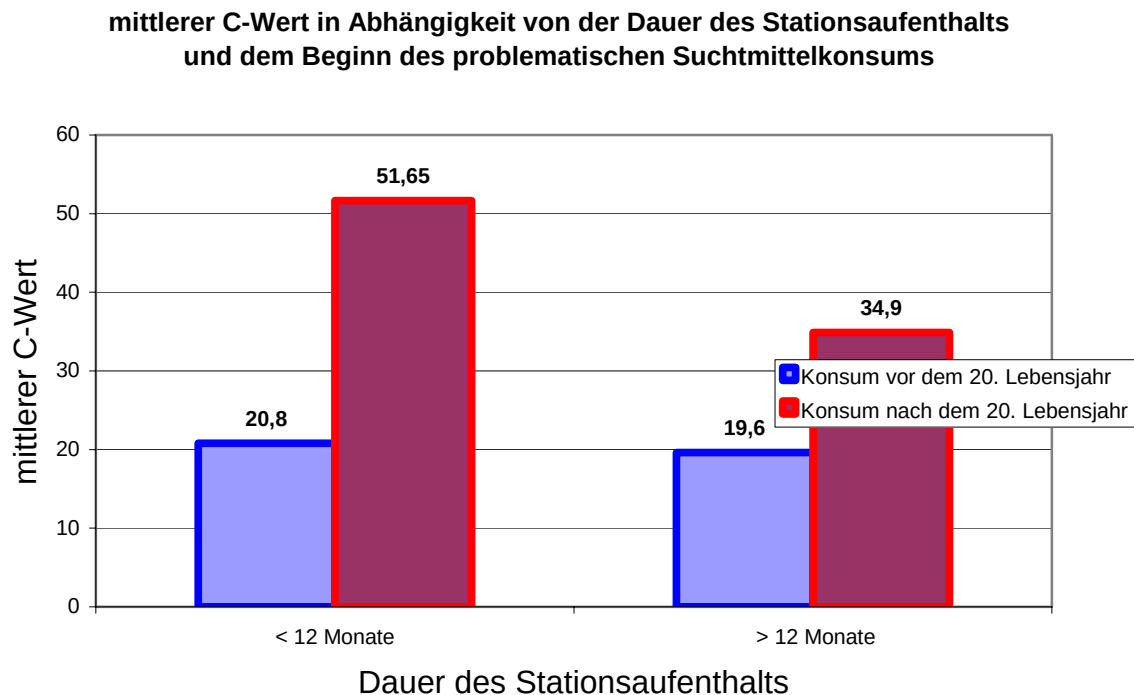


Abbildung 2

Die C-Werte sinken in der untersuchten Institutionen ohne spezielle Intervention mit der Dauer des Aufenthalts. Diese Werte werden durch andere empirische Befunde gestützt: ein solches Ergebnis wird auch von Lind postuliert und geht z. B. aus Arbeiten wie der von Glasstetter (2006), Schwegler (1999), Huber (1993) und Blasi (1980) hervor .

An dieser Stelle ist zu beachten, dass die Darstellung hier auf einer hypothetischen Annahme beruht. Es werden verschiedene Probanden mit ähnlichen Voraussetzungen miteinander verglichen. Diese Beobachtungen werden in dieser Arbeit als vergleichbar betrachtet. Sie widerlegen die zweite Hypothese der Untersuchung. Man kann annehmen, dass die moralische Urteilsfähigkeit, da nicht gezielt gefördert, in diesem Setting trotz gut ausgearbeiteter Therapieziele - auf theoretischer Ebene - stagniert oder sogar abnimmt.

Allerdings sollte dies mit einer repräsentativen Personenzahl noch einmal überprüft werden, um eine endgültige Aussagen treffen zu können.

4.3 Die Auswirkungen der KMDD auf die moralische Urteilsfähigkeit

Betrachtet man die dritte Hypothese dieser Arbeit „die KMDD hat einen positiven Einfluss auf die moralische Urteilsfähigkeit der Teilnehmer (der C-Wert steigt mindestens um einen Punkt)“, so lässt sich folgendes beschreiben:

Die Versuchspersonen 1, 3 und 8 nahmen an der Dilemma-Diskussion teil, die zwischen dem ersten und zweiten Erhebungszeitpunkt stattfand. Die Versuchspersonen 1 und 3 füllten den Fragebogen dreimal aus. Versuchsperson 4 und 6 füllten die Fragebögen zum ersten und dritten Zeitpunkt aus, erhielten aber kein Treatment und dienten somit als Kontrollgruppe.

Abbildung 3 zeigt die C-Scores der einzelnen Teilnehmer zu den jeweiligen Erhebungszeitpunkten. Die Werte der Versuchsgruppe (N = 2) sind durch Linien miteinander verbunden (rot, schwarz).

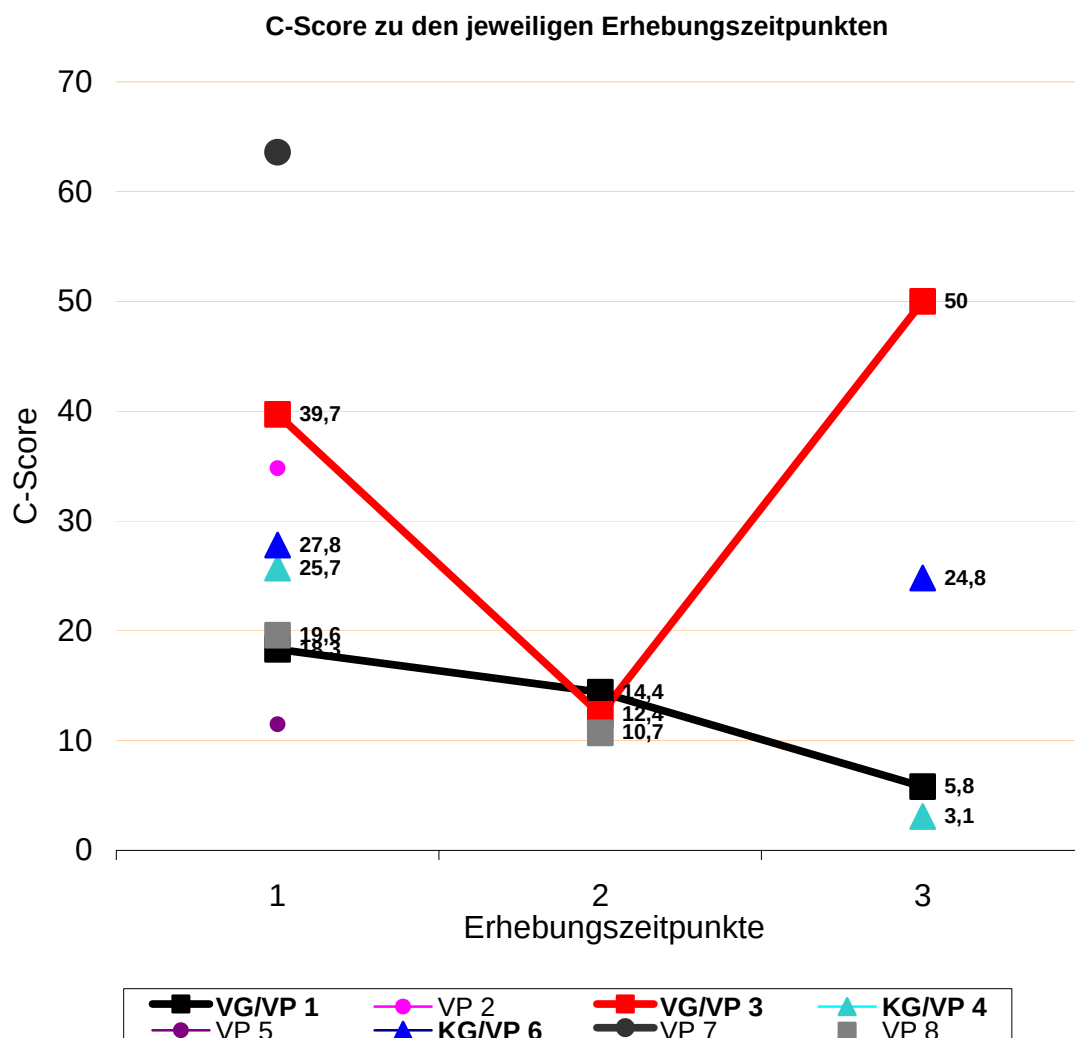


Abbildung 3

Die C-Werte der Probanden 4 und 6 (= KG, N = 2), die nicht an der Dilemma-diskussion teilnahmen, sanken bei der Follow-up-Erhebung, um 22,6 (türkis) und 2,9 Punkte (blau) (N = 2). Im Durchschnitt ergibt dies eine Differenz von -12,75 Punkten zwischen dem Prätest und der Follow-up-Erhebung.

Die Werte der drei Diskussionsteilnehmer sanken im Posttest ebenfalls (im Durchschnitt um 13,4 Punkte (N = 3)). Die Follow-up-Erhebung, bei der nur N = 2 Diskussionsteilnehmer den Fragebogen ausfüllten, ergab bei Proband 1 eine Abnahme des C-Werts um 12,5 Punkte. Dahingegen stieg der C-Wert des Probanden 3 um 10,3 Punkte. Im Durchschnitt ergeben diese beiden Werte eine Differenz von -1,1 zwischen dem ersten und dem dritten Erhebungszeitpunkt des C-Scores. Proband 8 füllte den Test zu diesem Zeitpunkt nicht wieder aus.

Für die Auswertung wurden nur die Daten der Versuchspersonen 1, 3, 4 und 6 miteinander verglichen, da Versuchsperson 8 nicht an der Follow-up-Erhebung teilnahm und die Werte somit unvergleichbar sind:

- Versuchsperson 1 war ein 26jähriger Hauptschulabsolvent, der zum dritten Erhebungszeitpunkt seit fast einem Jahr (11,5 Monate) auf der forensischen Suchtstation untergebracht war. Seit er dreizehn Jahre alt war nahm er Suchtmittel zu sich. Sein C-Wert betrug vor der Intervention 18,3 Punkte. Drei Wochen nach der Dilemma-Diskussion lag der C-Wert bei 14,4 Punkten. Beim dritten Erhebungszeitpunkt erzielte er 5,8 Punkte. Der junge Mann schien sehr interessiert an der Methode und war auch der Wortführer, als es um eine weitere Diskussionsrunde ging. Seine Idee beim Ausfüllen des Erhebungsinstruments war, zu versuchen, die Kreuze so zu setzen wie bei den beiden Malen zuvor. Allerdings konnte er sich nach eigener Aussage nicht mehr so gut daran erinnern, was auch seine abnehmenden C-Werte verdeutlichen.
- Versuchsperson 3 war ein 41jähriger Hauptschulabsolvent, der zum letzten Erhebungszeitpunkt seit ca. 13 Monaten auf der beschriebenen Station lebte. Er gab an, sein Suchtproblem bestehe seit ungefähr 14 Jahren. Zum ersten Erhebungszeitpunkt erreichte er einen C-Wert von 39,7 Punkten. Dieser Wert fiel beim Posttest um 27 Punkte auf einen Wert von 12,4. Beim letzten Erhebungszeitpunkt stieg der C-Wert auf 50 Punkte an. Der Proband unterhielt sich bei der dritten Erhebung mit der Versuchsleiterin über einen Artikel, den er

zum Thema Moral gelesen hatte. Außerdem bekundete er starkes Interesse an einer weiteren Dilemma-Diskussion.

- Versuchsperson 4 war ein 21jähriger Hauptschulabsolvent, der beim Prätest einen C-Wert von 25,7 Punkten erreichte. Er erhielt kein Treatment und hat noch nie über ein Dilemma diskutiert. Beim dritten Erhebungszeitpunkt erreichte er im MUT einen Wert von 3,1. Zu diesem Zeitpunkt war er seit sieben Monaten in der Klinik. Er gab an, dass sein Suchtproblem seit ein paar Jahren bestünde. Für diese VP wurde beim Drogeneinstiegsalter ein Mittelwert berechnet.
- Versuchsperson 6 war 33 Jahre alt und zum letzten Erhebungszeitpunkt seit ca. sechs Monaten auf der untersuchten Station. Seit 18 Jahren hatte er ein Suchtproblem. Auch er hatte einen Hauptschulabschluss. Zum ersten Erhebungszeitpunkt erreichte er einen C-Wert von 27,8 Punkten. Bei der Follow-up-Erhebung sank sein Wert auf 24,9 Punkte. Dieser Proband gab an, schon einmal über ein Dilemma diskutiert zu haben.

Die dritte Hypothese der Studie kann also nicht abschließend bestätigt werden. Allerdings stellt sich die Frage, warum Proband 1 so drastisch im C-Wert gesunken ist und Proband 3 im Vergleich dazu von der Intervention so stark profitieren konnte. Dies soll im nächsten Kapitel diskutiert werden.

4.4 Der Einfluss des Drogen-Einstiegsalters auf die moralische Urteilsfähigkeit

Der mittlere C-Wert lag bei den Probanden, die eine Abhängigkeit von Suchtmitteln vor oder mit dem zwanzigsten Lebensjahr angeben bei 20,6 Punkten (N = 5). Diejenigen, die den Beginn ihres Suchtproblems erst nach dem zwanzigsten Lebensjahr festsetzen, erreichten einen mittleren C-Wert von 46 Punkten (N = 3). Von diesen Probanden lag keiner unter einem C-Wert von 30. Die Altersgrenzen wurde in Anlehnung an die Definition der Adoleszenzphase der WHO gesetzt.

Die beiden nachfolgenden Tabellen 7.1 und 7.2 zeigen das Alter der jeweiligen Versuchsperson (VP) bei Beginn ihrer Drogenkarriere und den entsprechenden C-Wert

zum heutigen Zeitpunkt. Es ist deutlich zu erkennen, dass der Wert umso höher ist, desto älter der Befragte zum Anfangszeitpunkt seiner Suchtproblematik war.

	Alter bei Suchtbeginn (< 20 Jahre)	C-Wert zum heutigen Zeitpunkt
VP 1	13 Jahren	18,3
VP 8	13 Jahren	19,6
VP 4	Pubertät	25,7
VP 6	15 Jahren	27,8
VP 5	20 Jahren	11,5

Tabelle 7.1

C-Wert zum heutigen Zeitpunkt	Alter bei Suchtbeginn (> 20 Jahre)	
34,9	25 Jahren	VP 2
39,7	28 Jahren	VP 3
63,6	33 Jahren	VP 7

Tabelle 7.2

Der statistischen Zusammenhang zwischen dem Alter bei Beginn des Suchtmittelkonsums und dem C-Wert wurde mittels einer Produkt-Moment-Korrelation berechnet. Die Berechnung ergibt ein signifikanten Wert bei einem Alpha-Niveau von 0.05: $r = 0,834$ ($N = 7$; signifikant für $p < ,05$).

Das Ergebnis bestätigt Hypothese 4, die besagt, dass die *moralische Urteilsfähigkeit umso niedriger ist je früher das Suchtproblem besteht, also je jünger eine Person zu Beginn ihrer Drogenkarriere ist.*

Abbildung 4 stellt das Ergebnis anschaulich dar:

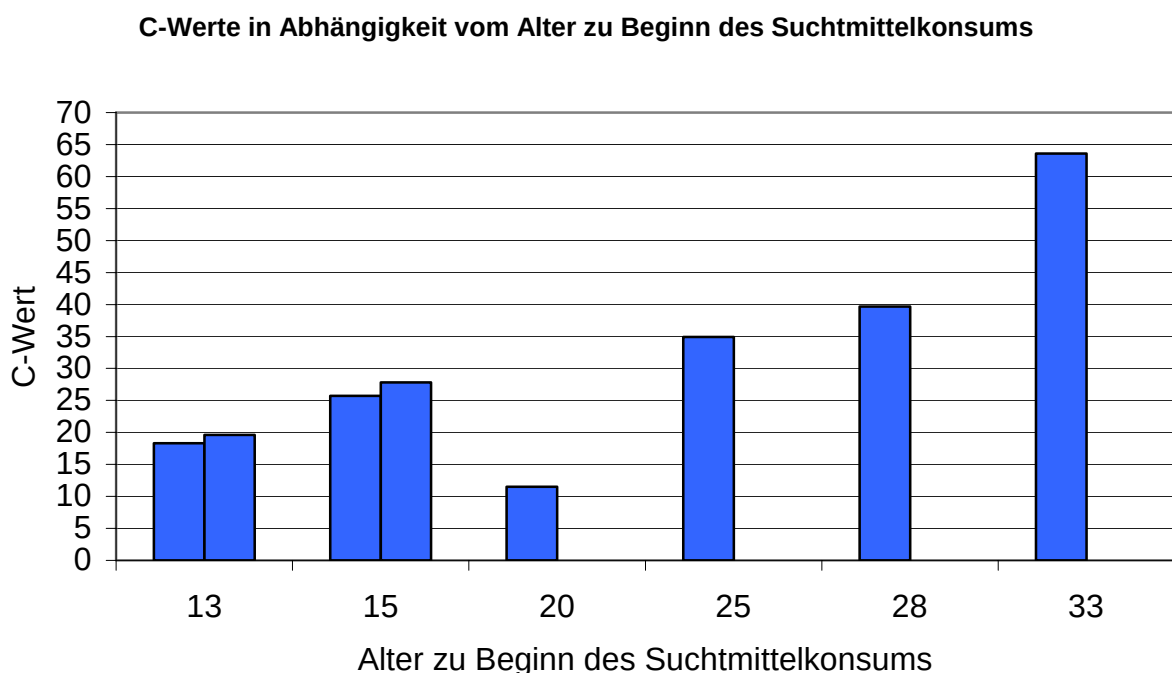


Abbildung 4

4.5 Die Darbietungsreihenfolge der Dilemmata des MUT

Zuletzt soll auf die Frage eingegangen werden, ob durch die unterschiedliche Darbietungsreihenfolge der Dilemmata im MUT einen Einfluss auf die C-Werte in den einzelnen Dilemmata hatte (s. S. 27, Tab. 5).

Hierfür werden in Tabelle 8 die mittleren C-Werte und die Standardabweichung (SD) der jeweiligen Dilemmata für jeden Erhebungszeitpunkt aufgeführt:

	Prätest (N = 8) Arzt- vor Arbeiter- Dilemma	Posttest (N = 3) Arzt- vor Arbeiter- Dilemma	Follow-up (N = 4) normale Reihenfolge
Arbeiter-Dilemma	43, 23 SD = 14,48	24,73 SD = 15,68	43,98 SD = 41,39
Arzt-Dilemma	45,61 SD = 27,93	35,05 SD = 24,87	34,20 SD = 14,12

Tabelle 8

Für das Arbeiter-Dilemma ergibt dies im Mittel über alle drei Erhebungszeitpunkte und damit einem N von insgesamt 15 einen C-Wert von 39,73 Punkten. Im Arzt-Dilemma erreichen die Probanden für diese drei Zeitpunkte einen Mittelwert von 40,46 Punkten. Die Annahme, dass die emotionale Nähe des Arbeiter-Dilemmas negative Auswirkungen auf die moralische Urteilsfähigkeit der Probanden im jeweiligen Dilemma haben könnte, kann hier nicht bestätigt werden. Durchschnittlich verzeichnen die Probanden im Arbeiter-Dilemma keinen bedeutsam geringeren C-Wert.

5. Diskussion

5.1 Zusammenfassung der Problemstellung und der Resultate

Für die Wirkung der KMDD sprechen zahlreiche positive Befunde vorangegangener Interventionsstudien (Lind, 1982; www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/KMDD_rueckmeldung.htm; www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dias/d-effekte/index.htm).

Bei der vorliegenden Studie handelte es sich um ein Pilotprojekt. Es ging dabei in erster Linie darum festzustellen, ob die KMDD bei der hier untersuchten Klientel überhaupt auf positive Resonanz stößt. Außerdem wollte ich zeigen, dass die Intervention auch bei suchtkranken Straftätern zu einer besseren moralischen Urteilsfähigkeit führen kann.

Die Forschungsidee entstand zum einen, weil mich die Methode der Dilemma-Diskussion überzeugte. Insbesondere nachdem meine erste Durchführung mit 30 – laut Lehrerkollegium - schwierigen Hauptschülern durchgehend erfolgreich verlief. Zum anderen war ich durch die Eindrücke, die ich während meines Praktikums auf einer forensischen Station sammeln konnte der Meinung, dass hier untergebrachte Menschen schlechte Voraussetzungen für das Leben in unserer Gesellschaft haben. Ich konnte einen Einblick in die Probleme der Patienten bekommen. Dies führte schließlich zu meiner Überzeugung, dass die KMDD als Intervention auch oder gerade hier Erfolge erzielen kann und wird. Die Idee dahinter war, weitere Forschung anzuregen, um die Methode nach guter Erprobung in ein Therapiekonzept einbauen zu können.

Das Feedback der Studienteilnehmer hat die Gedanken, die zu dieser Studie geführt haben, verstärkt.

Die statistischen Ergebnisse der Studie können zu keinen allgemeingültigen Schlussfolgerungen führen. Allerdings führen die Erfolge, die dennoch zu sehen sind oder subjektiv zu spüren waren und die die erste Hypothese dieser Arbeit bestätigen, zu der Überlegung, die Methode in der klinischen Arbeit als Psychologin weiterhin zu verwenden und zu testen. Zumindest für die untersuchte Station ist die Annahme bestätigt, dass die Methode anwendbar ist. Dies wird zum einen durch den guten Ablauf, zum anderen durch die positive Resonanz und den Wunsch der Patienten nach einer weiteren Diskussionsrunde begründet. Auch wurde durch die Intervention und den MUT das Interesse anderer Stationsmitglieder geweckt.

Die zweite Hypothese besagt, dass die moralische Urteilsfähigkeit der Patienten auch ohne KMDD steigt, je länger sie auf der Station untergebracht sind. Der Leitgedanke der untersuchten Institution ist, die Patienten bei der Nachreife ihrer Persönlichkeit, der Herstellung einer Konfliktfähigkeit, einer Umwandlung von Fremd-

in Eigensteuerung und dem Auffinden und Ausbauen von Ressourcen zu unterstützen. Den Patienten soll geholfen werden, sozial verträgliche Konfliktlösungsmuster zu erwerben. Ich war, im Gegensatz zu Linds Postulaten, der Meinung, dass das Konzept der Station ausreichen würde, um die moralische Urteilsfähigkeit zu verbessern.

Zur Überprüfung wurden die vorhandenen Datensätze ($N = 8$) in vier Gruppen unterteilt (s. Abbildung 3, Kapitel 4). Meine Annahme ist, dass man - obwohl es sich um verschiedene Personen handelt - feststellen kann, ob die moralische Urteilsfähigkeit der Probanden höher ist, die schon länger auf der Station leben. Deshalb wurden die Personen zuerst in zwei Gruppen unterteilt (Unterbringung < 12 Monate ($N = 6$) und Unterbringung > 12 Monate ($N = 2$)). Die Ergebnisse der vierten Hypothese zeigten, dass diejenigen Versuchspersonen, die mit ihrem problematischen Drogenkonsum nach dem zwanzigsten Lebensjahr begonnen hatten, einen wesentlich höheren C-Wert erreichten als die, die vor dem zwanzigsten Lebensjahr damit begonnen hatten. Also wurden die beiden ersten Gruppen in zwei weitere unterteilt.

Es zeigte sich, dass die C-Werte der Personen, die länger als 12 Monate in Behandlung waren, niedriger waren als die der kürzer verweilenden Patienten. Daraus schloss ich, dass Linds Annahmen und Ergebnisse wie z.B. von Glasstetter und Schwegler (die moralische Urteilsfähigkeit sinke oder stagniere in diesen Institutionen) auch auf forensische Stationen zutreffen. Dies müsste anhand einer größeren Stichprobe, deren Daten zu mehreren Zeitpunkten erhoben werden, statistisch abgesichert werden.

Mit diesem Ergebnis sind meiner Meinung nach die Ziele der Forensik in dem Sinne nicht erreicht, dass die Fähigkeiten der Patienten nicht verbessert wurden. Ich gehe davon aus, dass sie mit herkömmlichen Therapieverfahren - wie den in Kapitel 1 beschriebenen - nur lernen, sich von Problemsituationen fernzuhalten. Ihre Fähigkeit, in solchen Situationen adäquat zu handeln, wird nicht gefördert. Die KMDD kann hier helfen einen Teil der Behandlungsziele forensischer Stationen zu erreichen indem sie die moralische Urteilsfähigkeit während des Stationsaufenthalts gezielt fördert. Die Fortschritte können durch regelmäßige Evaluation mit Hilfe des MUT festgestellt werden.

Das führt mich zur dritten Hypothese der Untersuchung: der C-Wert steigt durch die KMDD mindestens um einen Punkt. Diese Annahme ist mit einer solch kleinen Stichprobe nicht zu bestätigen, zumal der C-Wert der einen Versuchsperson (VP 1) um 12,5 Punkte gesunken, der der anderen (VP 3) um 10,3 Punkte gestiegen ist. Allerdings deuten die Ergebnisse der beiden Probanden darauf hin, dass Unterschiede in der moralischen Urteilsfähigkeit vor der Intervention zu einem unterschiedlichen Outcome nach der Intervention führen können:

- Proband 1, dessen C-Wert schon zu Anfang niedrig war (18,3), sank trotz Teilnahme an der Dilemma-Diskussion auf einen Endwert von 5,8 Punkten. Man muss hinzufügen, dass sich der Proband an die Antworten zu erinnern versuchte, die er bei den ersten Erhebungen gab. Diese konnte er aber nach eigenen Angaben nicht mehr reproduzieren, was sein Endergebnis beeinflussen haben könnte. Während der Diskussion hatte er weit größere Schwierigkeiten seine Argumente zu formulieren als Proband 3. Das könnte ein weiterer Grund für den Abfall seines C-Werts sein. Da sich Proband 1 noch nie mit solchen Dilemmata beschäftigt hatte und auch nicht geübt im Diskutieren schien, benötigt er wohl mehrere Interventionen um einen nachhaltigen Nutzen zu haben. Positiv ist hier aber zu vermerken, dass er großes Interesse an einer weiteren Diskussionsrunde zeigte, was zumindest auf einen subjektiven Gewinn hinweist.
- Weiterhin scheint mir an dieser Stelle wichtig, dass Proband 8 trotz niedrigen C-Werts (19,6) an der Intervention teilnahm. Dies unterstützt den Gedanken, dass in einem solchen Rahmen ein großer Bedarf an herausfordernden Therapieangeboten besteht. Der Einwand, nur Patienten mit ohnehin hoher moralischer Urteilsfähigkeit würden sich bereit erklären, an der KMDD teilzunehmen kann hiermit entkräftet werden.
- Proband 3 konnte offensichtlich schon von einer einzigen Dilemma-Diskussion profitieren. Sein C-Wert stieg von 39,7 auf 50 Punkte. In der Diskussionsrunde war er derjenige, der sich am besten artikulieren konnte. Er bekundete großes Interesse an einer weiteren Intervention und berichtete über einen Artikel, den er zum Thema Moral gelesen hatte.

Da nur drei Personen an der Intervention teilnahmen, können sie und ihr Verhalten während der Diskussionsrunde recht gut erinnert werden. Außerdem dienten die Aufschriebe der Patienten für die Diskussion als Erinnerungsstütze. Diese sind im Anhang zu finden.

Eindeutig, trotz geringen Rücklaufs zum ersten Erhebungszeitpunkt (acht Fragebögen), war bei dieser Stichprobe die Bestätigung der vierten Hypothese. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen dem Drogeneinstiegsalter und der moralischen Urteilsfähigkeit ($r = .834$). Tatsächlich war durchgehend erkennbar, dass die Probanden eine niedrigere moralische Urteilsfähigkeit hatten, je früher sie mit dem problematischen Suchtmittelkonsum begannen (Tabelle 7.1 und 7.2, Kapitel 4). Dieses Ergebnis unterstützt die Resultate von Lenz, die ebenfalls einen Zusammenhang zwischen niedriger moralischer Urteilsfähigkeit und Suchtmittelkonsum im jungen Alter gefunden hat. Es spricht dafür, dass mit einer regelmäßigen Intervention wie dieser eigentlich schon recht früh begonnen werden sollte.

Zum Schluss möchte ich kurz auf die Darbietungsreihenfolge der Dilemmata des MUT eingehen. Für die beiden ersten Erhebungszeitpunkte wurde das Arzt-Dilemma vor dem Arbeiter-Dilemma dargeboten. Beim dritten Erhebungszeitpunkte wurde der MUT in ursprünglicher Reihenfolge ausgeteilt. Wider Erwarten erreichten die Versuchspersonen ($N = 8$) beim ersten Erhebungszeitpunkt für beide Dilemmata einen ähnlichen C-Wert (S.38, Tab. 8). Beim Posttest war der mittlere C-Wert des Arbeiter-Dilemmas um 10,32 Punkte niedriger als der des Arzt-Dilemmas ($N = 3$). Im Follow-up erreichten die Probanden ($N = 4$) beim Arzt-Dilemma einen im Mittel um 9,78 Punkte niedrigeren C-Wert als im Arbeiter-Dilemma. Daraus lassen sich keine Schlussfolgerungen darüber ziehen, ob die Darbietungsreihenfolge eine Auswirkung auf den C-Wert hatte. Meine Vermutung war, dass das Arbeiter-Dilemma einen negativen Einfluss auf die moralische Urteilsfähigkeit haben könnte, wenn es zuerst dargeboten wird. Das kann hiermit nicht bestätigt werden.

In einer neuen Studie könnte man überprüfen, ob Probanden im Dilemma, dass an zweiter Stelle dargeboten wird, grundsätzlich einen niedrigeren C-Wert erreichen.

5.2 Theoretische und praktische Implikationen

1. Ich bin - nach meinen Erfahrungen mit dieser Studie mehr als zuvor - der Meinung, dass die KMDD auch positive Ergebnisse liefern kann, wenn der Mensch schon suchtkrank, straffällig und erwachsen ist. Besser wäre es, Suchterkrankungen und daraus resultierende Straftaten gar nicht erst aufkommen zu lassen. Die Frage, wie man gefährdete Menschen erreichen kann, bevor sie eine Abhängigkeit entwickeln und eine Straftat begehen, muss in einer anderen Arbeit gestellt werden. Da sich viele Suchterkrankte, wie schon erörtert, der Gesellschaft entziehen, ist es schwierig, sie über Institutionen wie Schule oder Ausbildungsstelle zu erreichen. Versäumnisse aus dem Kindes- und Jugendalter wie nicht erlernte Problemlösekompetenzen, Perspektivenübernahme und Diskursfähigkeit, wie auch die Fähigkeit nach eigenen inneren Prinzipien zu handeln, kann in einer forensischen Institution durch die regelmäßige Durchführung der KMDD nachgeholt werden. Das große Interesse, das von Seiten der Patienten zum Schluss an der Intervention bekundet wurde, lässt auf positive Ergebnisse in nachfolgenden Studien hoffen.
2. Weitere Studien könnten dazu dienen, festzustellen, ob suchtkranken Straftäter mit einer höheren moralischen Urteilsfähigkeit grundsätzlich von wenigen Interventionen profitieren können. Auch müsste man nachprüfen, ob die dadurch erreichte Änderung des C-Werts nachhaltig ist. Es wäre beispielsweise interessant zu wissen, ob Proband 3 zwei Monate später noch immer einen C-Wert von 50 Punkten erreicht.
3. Man könnte weiterhin überprüfen, wie viele Diskussionsrunden ein Patient mit niedriger moralischer Urteilsfähigkeit benötigt, bis der C-Wert nicht mehr sinkt bzw. ansteigt.
4. Es sollte getestet werden, ob eine in Bezug auf die moralische Urteilsfähigkeit heterogene Gruppe einen negativen Einfluss auf die Teilnehmer mit niedrigerem C-Wert hat. Ich könnte mir vorstellen, dass sich forensische Patienten, die beispielsweise größere Defizite in ihrer Argumentationsfähigkeit haben den anderen unterlegen fühlen und sich deshalb aus der Diskussion zurückziehen.

Dies würde den fördernden Effekt der KMDD reduzieren. Proband 1 schien anfangs viel Überwindung zu benötigen, um seine Argumente öffentlich und gegen die stärkere Partei vorzutragen. Er war durch Gegenargumente auch leichter zu verunsichern als die Gegenpartei. Man muss bedenken, dass es sich um eine Population handelt, die aus gefängniserfahrenen Männern besteht. In diesem Setting besteht ein Hierarchiegefälle, bei dem der Stärkere das Sagen hat. Der Stärkere könnte in diesem Umfeld derjenige mit der besseren Argumentations- und somit Urteilsfähigkeit sein.

6. Empfehlungen

Für weitere Forschung sollten einige Punkte von Beginn an anders angegangen werden. Ein Augenmerk hierauf könnte zu besseren Ergebnissen führen:

- Zuvorderst schlage ich das Einholen einer offiziellen Genehmigung von Seiten der Klinikleitung vor, die den Leiter der Station an eine Kooperation mit dem Wissenschaftler bindet.
- Ich halte es für sinnvoll, die Veranstaltung - wie es an Schulen gehandhabt wird - für alle Patienten verpflichtend zu machen. Beispielsweise könnte man einfach anstelle einer Gruppentherapiestunde eine KMDD durchführen. Auch weniger motivierte Patienten, bei denen die Intervention nicht von vorneherein auf einen guten Nährboden fällt, würden so in die Studie miteinbezogen. Damit wären die Ergebnisse entzerrt und repräsentativ.
- Als Alternative zur Verpflichtung käme eine Bezahlung in Betracht. Da viele Patienten während der Therapiemaßnahme wenig Geld zur Verfügung haben, könnte dies einen Anreiz zur Teilnahme bieten. So könnte man einerseits eine größere Stichprobe erhalten, andererseits fände auch hier nicht von Beginn an eine ungewollte Selektion statt. Die Höhe des Betrags, der die Patienten zur Teilnahme motivieren würde müsste erfragt werden. Viele haben vor ihrer Festnahme mit Drogendealerei und anderen illegalen Geschäften sehr viel Geld verdient. Dadurch bestehen höhere Ansprüche an eine Entlohnung.
- Weiterhin ist es wie bereits erwähnt nicht mit der Durchführung einer Dilemma-Diskussion getan. Lind geht davon aus, dass ungefähr drei Inter-

ventionen für eine nachhaltigen Verbesserung der Urteilsfähigkeit nötig sind. Dies war aufgrund der mangelnden Bereitschaft von Seiten der Stationsleitung nicht möglich. Zudem hätte eine solche Studie den Zeitrahmen der Diplomarbeit gesprengt, da zwischen den einzelnen Sitzungen in etwa drei bis sechs Wochen liegen sollten.

- Auf die Erhebungsinstrumente möchte ich an dieser Stelle ein spezielles Augenmerk richten. Die Fragebögen sollten im Beisein des Versuchsleiters ausgefüllt und eingesammelt werden. Der Vorteil ist, dass der Versuchsleiter die Aufsicht führen kann, um bei eventuellen Schwierigkeiten zu helfen. Ein weiterer ist, dass man überprüfen kann, ob ein Proband den Bogen selbstständig ausfüllt. Offensichtliche Probleme entstanden in dieser Studie bei dem soziodemographischen Fragebogen. Einige Fragen wurden nur ungenau oder gar nicht beantwortet und konnten so nicht in die Berechnungen mit einfließen.
- Bei einer erneuten Überprüfung der Fragestellung sollte die ursprüngliche Reihenfolge der Dilemmata des MUT beibehalten werden. Es ist nicht abschließend geklärt, ob die unterschiedliche Darbietung der Dilemmata in dieser Studie in irgendeiner Form einen Einfluss auf die C-Werte der Probanden hatte.
- Wenn - wie in dieser Studie - drei Erhebungszeitpunkte anberaumt sind, sollte den Teilnehmern deutlich gemacht werden, dass es sich bei jedem Zeitpunkt um denselben Fragebogen handelt. Untersuchungen von Lind haben ergeben, dass die C-Werte zum zweiten Erhebungszeitpunkt sinken können, wenn den Probanden nicht klar ist, dass sie das Instrument schon kennen. Das könnte auch eine mögliche Erklärung für das Absinken des C-Werts bei den drei Diskussionsteilnehmern dieser Studie sein. Ihnen wurde zwar das Vorhaben explizit erklärt, allerdings konnte ich nicht persönlich nachfragen, ob von Seiten der Patienten alles verstanden worden war.

Ich hoffe, mit dieser Arbeit den Anstoß für weitere Studien gegeben zu haben. Nach wie vor bin ich davon überzeugt, dass die KMDD auch in der klinischen Arbeit zu therapeutischen Fortschritten beitragen kann.

7. Literaturverzeichnis

Bataglia, P., Agati, M. (2003). The Development Of Moral Competence And Religious Commitment In Brazil. Forschungsbericht. *Universidade Bandeirante de São Paulo, Bazi, Universität Konstanz.*

Batisweiler, G.(2006). Die pädagogische Umsetzung der moralpsychologischen Entwicklungstheorie von Kohlberg, *Institut für Theorie und Geschichte der Pädagogik - Lehrgebiet: Theorie der Erziehung und Sozialisation.*

Quelle: <http://arbeitsblaetter.stangl-taller.at/MORALISCHEENTWICKLUNG/Batisweiler.shtml> (00-05-11).

Berger, M. (2004). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Urban & Fischer Verlag, 2. Auflage.

Blasi, A. (1980). Bridging moral cognition and moral action. A critical review of the literature. *Psychological Bulletin* 88, 1-45.

Deutsches Jugendinstitut e. V. (Hrsg.) 2002:Die Glen Mills Schools, Pennsylvania, USA. Ein Modell zwischen Schule, Kinder- und Jugendhilfe und Justiz? Eine Expertise. München. 2. Auflage.

Glasstetter, S. (2005). „Moralerziehung nach Lawrence Kohlberg“ - Über die Effizienz und Auswirkungen der „Just-community“ in einem geschlossenen Heim für delinquente Jugendliche. *Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Universität Landau.*

Hemmerling, K. (2006). Die moralische Urteilsfähigkeit als Schutzfaktor von Jugenddelinquenz - Ein Vergleich von „normalen“ und „chronischen“ Jungdelinquenten in Einrichtungen des Berliner Justizvollzugs. *Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Freie Universität Berlin.*

Havighurst, R. J. (1972). Developmental tasks and education. New York: McKay.

Hendry, L. & Kloep, M. (2001). Lifespan Development: Resources, Challenges & Risks. Hrsg: Intl Thomson Business Pr.

Kohlberg, L. (1968/1996). Die Psychologie der Moralentwicklung. *Beiträge zur Sozigenese der Handlungsfähigkeit. Frankfurt/Main: Suhrkamp (1996).*

Koszinoffski, R. (2006). Überprüfung der pädagogisch-didaktischen Lehrkompetenz von Lehrpersonen bezüglich der Konstanzer Methode der Dilemma-Diskussion. *Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz.*

Lenz, B. (2006). Moralische Urteilsfähigkeit als eine Determinante für Drogenkonsum bei Jugendlichen. *Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie, Universität Konstanz.*

Lind, G. (1985). Moralische Urteilskompetenz und berufliche Ausbildung, *Arbeitsunterlage* 77.

Lind, G. (1989). Measuring Moral Judgment: A Review of “The Measurement of Moral Judgment” by Anne Colby and Lawrence Kohlberg. *Human Development,*

(S. 388 – 397).

Lind, G. (1989). Moral in "unmoralischer Zeit". *Zu einer partnerschaftlichen Ethik in Erziehung und Gesellschaft*. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.

Lind, G. (1990). Moralentwicklung und Bildungserfahrung. Neuere Ergebnisse der sozial- und entwicklungspsychologischen Forschung.

Lind, G. (1991). Rekonstruktion des Kohlberg-Ansatzes: Das Zwei-Aspekte-Modell der Moralentwicklung.

Lind, G. (1993). Moral und Bildung. *Zur Kritik von Kohlbergs Theorie der moralisch-kognitiven Entwicklung*.

Lind, G. (1994). Jugendliche Gewalt - Fakten und Fiktionen. *Politisches Lernen*, 26-3

Lind, G. (1998). Gewalt und Krieg als niedrigste Stufe der Konfliktbewältigung. In W. Kempf & I. Schmidt-Regener, Hg., *Krieg. Nationalismus, Rassismus und die Medien*, S. 273-282. Münster: LIT-Verlag

Lind, G. (2000). The Importance of Role-Taking Opportunities for Self-Sustaining Moral Development. *Journal of Research in Education, Fall 2000, Vol.10, No. 1*, S. 9 – 15.

Lind, G. (1987/2000). Ansätze und Ergebnisse der „Just-Community“-Schule.

Lind, G. (2001). Die moralische Dimension des Lernens
http://www.unikonstanz.de/ag-moral/pdf/Lind-2001_Moral-und-Lernen.pdf.

Lind, G. (2002). The Meaning and Measurement of Moral Judgment Competence, A Dual-Aspect Model.

Lind, G.(2003). Moral ist lehrbar. *Handbuch zur Theorie und Praxis moralischer und demokratischer Bildung*. München: Oldenbourg.

Lind, G. (2004). Verbesserung der Lehre durch Selbst-bestimmte Evaluation. Bericht über einen Modellversuch an der Universität Konstanz.

Lind, G. (2006). The Moral Judgment Test: Comments On Villegas De Posada's Critique. *Psychological Reports*, 2006, 98, 580-584.

Lind, G. (2006). Gewissen lernen? Zur Konstanzer Methode der Dilemmadiskussion. *Überarbeitete Fassung des Aufsatzes „Gewissen“, erschienen in „zur Sache. bw“*.

Lind, G.(2007). The Relative and Absolute Effect Size of the Konstanz Method of Dilemma Discussion (KMDD). *Presentation at the annual meeting of the American Educational Research Association in Chicago*.

Pfaff, H. (1998). Ergebnisse einer prospektiven Katamnese studie nach Entziehungstherapie gemäß § 64 StGB bei Alkoholkranken. *Der Nervenarzt, Volume 69, Number 7/ Juli 1998, S. 568 – 57.*

Phillips, L. (1967). The competence criterion for mental health programs. In: P.E. Cook Community psychology and mental health, S. 229-235 San Francisco: Holden Day.

Prim, Rolf (1999) Moralische Diskurs mit jungen Erwachsenen im Strafvollzug – ein Versuch im Kontext beruflicher Qualifizierung. Veröffentlicht in: Prim, R./Pollak, G. (Hrsg.). S. 366 – 386.

Rahn, E. und Mahnkopf, A. (2005). Lehrbuch Psychiatrie. Für Studium und Beruf. Psychiatrie-Verlag.

Rickers, J. (2006). Jugenddelinquenz und die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben vor dem Hintergrund persönlicher Ressourcen- und Belastungskonstellationen. *Dissertation im Fachbereich Psychologie. Universität Osnabrück.*

Schwegler, K. ((1999). Dauerarrest als Erziehungsmittel für junge Straftäter, *Neue Kriminologische Studien, Band 20.* München: Wilhelm Fink Verlag.

Seiffge-Krenke, I. (1990). Developmental processes in self-concept and coping behavior. In T. Mischel (Ed.), *Understanding other persons* (pp. 117-142). Oxford: Blackwell.

Silbereisen, R.K. & Kastner, P. (1985). Jugend und Drogen.: Entwicklung von Drogengebrauch – Drogengebrauch als Entwicklung? In R. Oerter (Hrsg.), *Lebensbewältigung im Jugendalter* (S.192-219). Weinheim: VCH.

Weyers, S. (2004). Moral und Delinquenz. Moralische Entwicklung und Sozialisation straffälliger Jugendlicher. Juventa Verlag (Weinheim).

Wischka, B. (1982). Moralisches Bewusstsein und Empathie bei Strafgefangenen. *Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Marburg.*

Internetadressen:

<http://www.maubu.de/stress/lala-rtx.htm>. 14.11.2007

<http://www.diss.fu-berlin.de/2005/253/kap3.pdf>. 10.11.2007

<http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dias/d-effekte/index.htm>. 12.11.2007

<http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/dildisk-d.htm#background>. 14.11.2007

http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/moral/projekt_05/projekt_antrag.htm.

14.11.2007

Anhang:

1. Ablaufplan Dilemma-Diskussion

Ablaufplan Dilemmadiskussion

Dilemma: Malvinder Pro: 2 | 2
 Schule: _____ Contra: 2 | 1
 Klasse: Station 51 Lehrer/in: Dayana Bongemino
 Datum: 04.05.2007 Stunde (Uhrzeit): 12.30 Uhr

*1x un-
ent-
schlossen*

Min.	Zeitplan	Änderungen	Tätigkeit	Anmerkungen
0	<u>7</u>		Den Fall kurz (szenisch) vorstellen. Jeden für sich das Dilemma lesen und Fragen <i>still</i> beantworten lassen. Ggfs. auf spätere Gelegenheit zur Diskussion hinweisen.	Blätter mit Dilemma-Geschichte und Fragen austeilen; Zeit lassen!
5	<u>15</u>		Dilemmaklärung: Was ist da passiert? Ist das überhaupt ein Problem? Wenn ja, worin liegt es? Was ist der (<i>moralische</i>) Kern des Problems? Was ging X wohl alles durch den Kopf?	Sicherstellen, dass <i>alle</i> Teilnehmer etwas zum Fall und dem Kern des Problem gesagt haben.
10	<u>20</u>		Erste Abstimmung: Hat X richtig gehandelt?	Bei Abstimmung evtl. Augen schließen lassen
15	<u>30</u>		Gruppe in Pro- und Contra-Gruppe aufteilen. Dann in kleinen Gruppen (3-4 Personen) stützende Argumente sammeln und auf Diskussion vorbereiten lassen.	Gruppen nach Zufall bilden lassen; Gruppengröße genau einhalten!
25	<u>45</u>		Diskussion im Plenum: Die beiden Grundregeln erklären: a) freie Meinung; aber nur Argumente, keine Personen angreifen; auch nicht loben. b) Das Rederecht wandert zwischen den beiden Gruppen hin und her (Ping-Pong-Regel); der jeweilige letzte Redner bestimmt, wer ihm/ihr antwortet. Lehrer zur kleineren Gruppe: "Sie haben gesagt, X habe richtig/falsch gehandelt. Warum sind Sie dieser Meinung?"	Zwei TeilnehmerInnen zum Protokollieren an die <i>Tafel</i> bitten. Abstimmungsergebnis und Argumente kurz notieren. Wiederholung unterstr.
60	<u>60</u>		Argumente der Gegenseite bewerten und in eine Rangreihe bringen: Was ist das beste Argument der Gegenseite? Gab es andere gute Argumente? Kleine Gruppen; Gruppengröße nicht so wichtig.	Tafel so stellen, dass die jeweilige Gegenseite die Argumente sehen kann.
70			Gespräch im Plenum: Ergebnisberichte aus den Gruppen vortragen lassen. Minderheiten-Meinungen ermutigen.	Pro- und Con-Gruppe abwechselnd dran nehmen
75			Zweite Abstimmung: Hat X richtig gehandelt?	Ergebnis festhalten
80			Nachfragen: Was haben Sie gelernt? Was hat gut oder weniger gut gefallen? Haben Sie schon einmal über solche oder ähnliche Probleme mit anderen (Eltern, Lehrer, Freunde) diskutieren können?	
90	<u>80</u>		Ende der Dilemma-Stunde (Bericht erstellen!)	

Letzte Änderung: 27.1.2007 (c) Georg Lind. Für eine ausführlichere Fassung des Ablaufplans siehe <http://www.uni-konstanz.de/ug-moral/>.

2. Malvinder-Dilemma mit Notizen der Teilnehmer

Malvinder

Malvinder ist ein junger Mann, der vor einer schwierigen Entscheidung steht. Malvinder war für ein Jahr als Austauschschüler hier in Deutschland. Kurz nach seiner Rückkehr nach Indien war sein Vater gestorben. Malvindere Familie hat noch viele Schulden und kein Einkommen mehr. Die Mutter verdient als Putzfrau zu wenig Geld, um die Familie zu ernähren. Malvinder und die beiden jüngeren Geschwister müssen die Schule verlassen und mit kleinen, schlecht bezahlten Jobs Geld verdienen. Da hört Malvinder, dass die Weltbank jedem jungen Mann in Indien 10 000 Euro verspricht, der sich sterilisieren lässt.

Damit soll die Überbevölkerung in Ländern wie Indien gestoppt werden. Malvinder überlegt, ob er das tun soll. Mit dem Geld könnte seine Familie ein paar Jahre leben und er und seine Geschwister könnten ihre Ausbildung fertig machen.

Aber ihn plagen Zweifel. Er träumt davon, einmal zu heiraten und selbst Kinder zu haben. Das wäre dann nicht mehr möglich.

Schließlich entscheidet er sich doch für die Sterilisation.

Wie schwer ist Ihrer Meinung nach eine solche Entscheidung?

Sehr leicht 0 1 2 3 4 5 6 Sehr schwer

Geben Sie bitte mit Stichworten oder kurze Sätzen die Gründe für Ihre Meinung wieder:

Ich habe panische Angst vor Op's darum 6

Bin eine Söldnerseele und tue für Geld fast alles! Ausserdem gibt es wohl auch in Indien die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung! 0

Um ein Ziel zu erreichen ist mir jedes Mittel recht!

auch Rückseite benutzen

Familien-solidarität geht vor alles andere!
10.000 € sind in Indien sehr viel Geld, und
eine solide Basis (Ausbildung) für weiteres
Einkommen.

Ein eigenes Kind ist toll, aber wie ernähren
ohne Geld?

Adoption!

Was Vorschreiben?

Mathe-fücken!

Woher nimmt ihn die Zuversicht zu glauben
das sein Kind zu Kofle kommt, wenn die Familie
pleite ist wa?

Moral macht aber nicht satt!

Malvinder

Malvinder ist ein junger Mann, der vor einer schwierigen Entscheidung steht. Malvinder war für ein Jahr als Austauschschüler hier in Deutschland. Kurz nach seiner Rückkehr nach Indien war sein Vater gestorben. Malvindere Familie hat noch viele Schulden und kein Einkommen mehr. Die Mutter verdient als Putzfrau zu wenig Geld, um die Familie zu ernähren. Malvinder und die beiden jüngeren Geschwister müssen die Schule verlassen und mit kleinen, schlecht bezahlten Jobs Geld verdienen. Da hört Malvinder, dass die Weltbank jedem jungen Mann in Indien 10 000 Euro verspricht, der sich sterilisieren lässt.

Damit soll die Überbevölkerung in Ländern wie Indien gestoppt werden. Malvinder überlegt, ob er das tun soll. Mit dem Geld könnte seine Familie ein paar Jahre leben und er und seine Geschwister könnten ihre Ausbildung fertig machen.

Aber ihn plagen Zweifel. Er träumt davon, einmal zu heiraten und selbst Kinder zu haben. Das wäre dann nicht mehr möglich.

Schließlich entscheidet er sich doch für die Sterilisation.

Wie schwer ist Ihrer Meinung nach eine solche Entscheidung?

Sehr leicht 0 1 2 3 4 5 6 Sehr schwer

Geben Sie bitte mit Stichworten oder kurze Sätzen die Gründe für Ihre Meinung wieder:

- zum einen steht die eigene Familienplanung im Vordergrund
- zum zweiten, ist der Junge verpflichtet seinem toten Vater gegen die Familie ob. und somit die Erhaltung der Familie.
- zum dritten Heiraten wäre trotzdem möglich.
was hat ein paar Jahre gut leben, für ein Neues leben

auch Rückseite benutzen

Gesamtheit der Partei keine Part.

Malvinder

Malvinder ist ein junger Mann, der vor einer schwierigen Entscheidung steht. Malvinder war für ein Jahr als Austauschschüler hier in Deutschland. Kurz nach seiner Rückkehr nach Indien war sein Vater gestorben. Malvindere Familie hat noch viele Schulden und kein Einkommen mehr. Die Mutter verdient als Putzfrau zu wenig Geld, um die Familie zu ernähren. Malvinder und die beiden jüngeren Geschwister müssen die Schule verlassen und mit kleinen, schlecht bezahlten Jobs Geld verdienen. Da hört Malvinder, dass die Weltbank jedem jungen Mann in Indien 10 000 Euro verspricht, der sich sterilisieren lässt.

Damit soll die Überbevölkerung in Ländern wie Indien gestoppt werden. Malvinder überlegt, ob er das tun soll. Mit dem Geld könnte seine Familie ein paar Jahre leben und er und seine Geschwister könnten ihre Ausbildung fertig machen.

Aber ihn plagen Zweifel. Er träumt davon, einmal zu heiraten und selbst Kinder zu haben. Das wäre dann nicht mehr möglich.

Schließlich entscheidet er sich doch für die Sterilisation.

Wie schwer ist Ihrer Meinung nach eine solche Entscheidung?

Sehr leicht

0

1

2

3

4

5

6

Sehr schwer

Geben Sie bitte mit Stichworten oder kurze Sätzen die Gründe für Ihre Meinung wieder:

Ich finde es gut das er so zu seiner Familie steht und ihn auf diesem Weg hilft. Dennoch bin ich mir sicher das es auch eine andere Lösung gefunden hätte werden können. Das traurige an der Sache ist das er sich somit seine Zukunftsvorstellung / Traum verbannt hat. ~~Ich denke das er damit was er älter ist~~
~~werden~~

auch Rückseite benutzen

3. Report Dilemma-Diskussion

Dilemma:	Malvinder
Klassenstufe, Klasse, Geschlechterverteilung:	Station ..., 4 Männer (ein Pfleger, 3 Patienten)
Institution, Schule:	Forensik
Adresse (Ort, Land):	
DurchführerIn:	Dayana Bongermano
Datum, Uhr-Zeit:	04.05.2007, 12.30 Uhr bis 13.50 Uhr
Anmerkungen (Videoaufnahmen, weitere Beobachter etc.):	Chefarzt
Anlass und Verortung im Stoffplan für die Klasse/Gruppe:	Datenerhebung zur Diplomarbeit

Tafelanschrieb: Argumente Pro und contra (Plenum)

Pro (das Verhalten von X war eher richtig)	Contra (das Verhalten von X war eher falsch)
1.2.3. Abstimmung: 2 2	1.2.3. 2 1
➤ Jeder kann sich frei entscheiden (für Geld oder Leben) ➤ 10 000 Euro sind viel Geld → wenn sich M. stattdessen für eigene Kinder entscheidet, gibt es einen Hungerleider mehr auf der Welt ➤ M. kann immer noch ein Kind adoptieren (es gibt genügend Waisen auf der Welt) ➤ M. hat keine andere Möglichkeit, weil er seine Familie retten muss → so haben er u. seine Geschwister etwas zu essen und können ihre Ausbildung beenden ➤ Vorgänge wie eine Hilfsorganisation zu gründen, dauern zu lange ➤ Woher kommt die Zuversicht, dass ich in der nächsten Generation etwas ändert ohne das Geld? ➤ Man sollte als Außenstehender (andere Diskussionsteilnehmer) die Gefühle zurückstellen und objektiver sein	➤ Jeder Mensch sollte das Recht haben, sich fortpflanzen zu dürfen (Menschenwürde) ➤ Malvinder`s Sackgasse wird ausgenutzt, er wird mit Geld gelockt</li> <li>➤ Man kann doch nicht von vornherein sagen, dass Malvinder`s Kind ein Hungerleider wird ➤ Die Weltbank ist unmöglich und sollte eine andere Lösung finden (z.B. Hilfsorganisation) ➤ Geld/ Status zählt in Indien sicher nicht so viel wie hier ➤ Unfair, dass M. persönliche Opfer bringen muss ➤ Wenn M. das Geld ausgegeben hat, ist die Familie in der selben Situation wie vorher ➤ Es ist nicht richtig, einen Kredit an die Bedingung Sterilisation zu binden → der Preis ist zu hoch!

Rück- und Wissensfragen der SchülerInnen/ Teilnehmer:

1. Sterilisation kann doch rückgängig gemacht werden?!
2. hätte man keine anderer Möglichkeit?
3. Das Verhalten der Weltbank ist nicht zulässig, oder?
4. Malvinder könnte die Sterilisation ja heimlich rückgängig machen lassen (mit einem Teil der 10 000 Euro)

Antworten auf die Frage, was die Teilnehmer nach eigener Ansicht aus der Dilemma-Diskussion gelernt haben und wie sie ihnen gefallen hat:

1. alle haben gerne mitgemacht und würden auch wieder an einer solchen Diskussionsrunde teilnehmen
2. es war gut, dass nur 4 Personen da waren. So konnte jeder etwas sagen. Bei mehr Teilnehmern hätte jeder einzelne für sich zu viel Zeit beansprucht

Dilemmas aus dem MUT waren spannender, eindeutiger, grundsätzlicher und interessanter zum Diskutieren

Beobachtungen anderer Personen (Name und/ oder Tätigkeiten der Personen):

1. die Teilnehmer wurden zu früh/ zu sehr in ihrer Art zu diskutieren gebremst, was die Sache zu theoretisch macht.
2. man soll nicht im Konjunktiv sprechen, schließlich will man was von den Teilnehmern
3. Leiterin war schlecht vorbereitet, weil sie kurz vor der Diskussion überlegte, das Dilemma zu wechseln

Kommentare anderer Beobachter:

Der teilnehmende Pfleger war sehr begeistert von der KMDD und würde gerne selber auch wieder an einer solchen Runde teilnehmen.

Außerdem fand er die Diskussion (und die Art der Patienten) sehr spannend.

4. MUT (verändert)

© Copyright 1977 – 2007 Georg Lind <http://www.uni-konstanz.de/ag-moral/>

Arbeiter

In einem Betrieb haben Arbeiter wegen einer Reihe scheinbar unbegründeter Entlassungen den Verdacht, dass die Firmenleitung durch die Gegensprechanlage ihre Beschäftigten abhört und diese Informationen gegen sie verwendet. Die Firma streitet diesen Vorwurf entschieden ab. Die Gewerkschaft möchte erst dann etwas gegen den Betrieb unternehmen, wenn sich Belege für den Verdacht erbringen lassen. Daraufhin brechen zwei Arbeiter in die Räume der Direktion ein und nehmen Tonbandabschriften mit, die ein Abhören beweisen.

- Halten Sie das Verhalten der Arbeiter eher für *richtig* oder *falsch*?

eher falsch

neutral

eher richtig

--	--	--	--	--	--	--

Für wie brauchbar halten Sie die Argumente, die **für** die beiden Arbeiter vorgebracht wurden?

Man hat **für** die Arbeiter vorgebracht . . .

- dass sie der Firma keinen großen Schaden zugefügt haben.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass wegen der Missachtung des Gesetzes durch die Firma dieses Mittel erlaubt war, um wieder Recht und Ordnung herzustellen.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass die meisten Arbeiter ihrer Tat zustimmen würden und viele sich darüber freuen.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass das Vertrauen zwischen den Menschen und die Würde des Einzelnen mehr wiegen als das Hausrecht der Firmenleitung.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass sich die Firma zuerst ins Unrecht gesetzt hat und die Arbeiter deshalb berechtigt waren, dort einzubrechen.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass die Arbeiter keine rechtliche Möglichkeit sahen, den folgenreichen Vertrauensbruch der Firma aufzudecken, und deshalb das in ihren Augen kleinere Übel wählten.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Für wie akzeptabel halten Sie das, was man **gegen** das Verhalten der Arbeiter vorgebracht hat? Man hat **gegen** die Arbeiter vorgebracht, . . .

- dass Recht und Ordnung im Zusammenleben der Menschen gefährdet wären, wenn jeder wie die beiden Arbeiter handeln würde.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass es falsch ist, ein so grundlegendes Recht wie das Eigentumsrecht zu verletzen, solange es noch keine allgemeingültigen Maßstäbe dafür gibt, ihr Verhalten von Selbstjustiz zu unterscheiden.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass es unüberlegt ist, wegen anderer den Hinauswurf aus der Firma zu riskieren.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass sie nicht hinreichend die rechtlichen Mittel ausgeschöpft und dadurch mit dem Einbruch voreilig eine erhebliche Rechtsverletzung begangen haben.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass man nicht stiehlt und nicht einbricht, wenn man als anständiger und ehrlicher Mensch gelten will.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- dass sie von der Entlassung gar nicht betroffen waren und deshalb für sie kein Grund bestand, die Abschriften zu stehlen.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Arzt

Eine Frau war krebskrank, und es gab keine Rettungsmöglichkeit für sie. Sie hatte qualvolle Schmerzen und war schon so geschwächt, dass eine größere Dosis eines Schmerzmittels wie Morphin ihr Sterben beschleunigt hätte. In einer Phase relativer Besserung bat sie den Arzt, ihr genügend Morphin zu verabreichen, um sie zu töten. Sie sagte, sie könne die Schmerzen nicht mehr ertragen und würde ja doch in wenigen Wochen sterben. Der Arzt gab der Frau die Überdosis Morphin, wie sie es wollte.

- Halten Sie das Verhalten des Arztes für eher *richtig* oder *falsch*?

eher falsch

neutral

eher richtig

--	--	--	--	--	--	--

Für wie brauchbar halten Sie die Argumente, die **für** den Arzt vorgebracht wurden?

Man sagt, der Arzt habe **richtig** gehandelt, ...

- weil der Arzt nach seinem Gewissen handeln musste. Der Zustand der Frau rechtfertigte eine Ausnahme von der moralischen Verpflichtung, Leben zu erhalten.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- weil der Arzt der einzige war, der den Willen der Frau erfüllen konnte; die Achtung vor dem Willen der Frau gebot ihm, so zu handeln, wie er es tat.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- weil der Arzt nur getan hat, wozu die Frau ihn überredete. Er braucht sich deswegen um unangenehme Konsequenzen keine Sorgen zu machen.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

- weil der Arzt eigentlich kein Gesetz verletzt hat, da die Frau nicht mehr hätte gerettet werden können, und er nur ihre Schmerzen verkürzen wollte.

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

- weil vermutlich die meisten seiner Kollegen in einer ähnlichen Situation genauso gehandelt hätten wie dieser Arzt.

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

Für wie brauchbar halten Sie die Argumente, die **gegen** das Verhalten des Arztes vorgebracht wurden? Man sagt, der Arzt habe **falsch** gehandelt, ...

- weil er damit gegen die Überzeugung seiner Kollegen verstoßen hat. Wenn diese sich gegen aktive Sterbehilfe aussprechen, dann sollte ein Arzt das nicht tun.

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

- weil man als Patient uneingeschränkt vertrauen können muss, dass der Arzt sich voll für die Erhaltung des Lebens einsetzt, auch wenn man wegen großer Schmerzen am liebsten sterben möchte.

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

- weil der Schutz des Lebens für jedermann die höchste moralische Verpflichtung sein sollte. So lange wir keine klaren Kriterien haben, wie wir aktive Sterbehilfe von Mord unterscheiden können, darf das keiner tun.

- sehr schlechtes Argument neutral sehr gutes Argument

60

- weil der Arzt sich damit eine Menge Unannehmlichkeiten zuziehen kann. Andere sind dafür schon empfindlich bestraft worden.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- weil er es hätte wesentlich leichter haben können, wenn er gewartet und nicht in das Sterben der Frau eingegriffen hätte.

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

- *weil der Arzt gegen das Gesetz verstoßen hat. Wenn man Zweifel bezüglich der Rechtmäßigkeit der aktiven Sterbehilfe hat, dann darf man solchen Bitten nicht nachgeben.*

sehr schlechtes Argument

neutral

sehr gutes Argument

--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. Sozio-demographischer Fragebogen

5.1 Prä- und Posterhebung

1. Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. Martina: Ma)

2. Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters (z.B. Dieter: Di)

3. Geburtstag (nur Tag, nicht Monat oder Jahr, zweistellig z.B. 05 für 5.4.64)

4. Wie alt sind Sie? _____ Jahre

5. Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Schulabschluss an:

keinen ☐ Förderschule ☐ Hauptschule ☐

Realschule ☐ Gymnasium ☐ Universität ☐

6. Welche Sprache ist Ihre Umgangssprache: Deutsch ☐ andere ☐

7. Seit wie vielen Wochen/ Monaten sind Sie auf Station 51?

_____ Wochen _____ Monate

8. Seit wie vielen Monaten oder Jahren haben Sie ein Suchtproblem?

_____ Monate/ oder _____ Jahre

9. Zu wie vielen Mitpatienten haben Sie Vertrauen?

zu keinem ☐ zu einigen ☐ zu den meisten ☐

10. Zu wie vielen Mitarbeitern der Station haben Sie Vertrauen?

zu keinem ☐ zu einigen ☐ zu den meisten ☐

5.2 Follow-up-Erhebung

1. Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter (z.B. Martina: Ma) _____
2. Die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters (z.B. Dieter: Di) _____
3. Geburtstag (nur Tag, nicht Monat oder Jahr, zweistellig z.B. 05 für 5.4.64) _____
4. Wie alt sind Sie? _____ Jahre
5. Die Geschichten in diesem Fragebogen lösen häufig Diskussionen aus.
War das bei Ihnen auch der Fall? Ja ☐ Nein ☐
6. Haben Sie mit anderen schon einmal über ähnliche Themen diskutiert?
Ja ☐ Nein ☐
7. Kreuzen Sie bitte Ihren höchsten Schulabschluss an:
keinen ☐ Förderschule ☐ Hauptschule ☐
Realschule ☐ Gymnasium ☐ Universität ☐
8. Welche Sprache ist Ihre Umgangssprache : Deutsch ☐ andere ☐
9. Seit wie vielen Wochen sind Sie auf Station 51? _____ Wochen
10. Zu wie vielen Mitpatienten haben Sie Vertrauen?
zu keinem ☐ zu einigen ☐ zu den meisten ☐
11. Zu wie vielen Mitarbeitern der Station haben Sie Vertrauen?
zu keinem ☐ zu einigen ☐ zu den meisten ☐