



### 3. Frankfurter Pflegekongress – “Back to the Roots“

Unter dem Motto „Back to the Roots – Begleitend unterstützen – (auch) in schwierigen Zeiten“ fand am 15. und 16. August 2018 im Universitätsklinikum Frankfurt der 3. Frankfurter Pflegekongress für onkologische Pflege und palliative Versorgung statt. 180 Teilnehmerinnen und Teilnehmer hatten die Möglichkeit, sich zwei Tage lang zum Schwerpunkt der S3-Leitlinie Supportivtherapie und der S3-Leitlinie Palliativmedizin zu informieren. Darüber hinaus erhielten sie wertvolle Impulse zu pflegerelevanten Themen – berufspolitisch, patientenbezogen und nicht auch zuletzt mit Blick auf die eigenen Ressourcen.

Eröffnet wurde die Veranstaltung durch Mirko Laux, den wissenschaftlichen Kongressleiter, der auch durch das weitere Programm führte.



*Kongresseröffnung durch Mirko Laux, Lehrgangleiter der Weiterbildungen Onkologische Pflege und Palliative Versorgung*



*Roland Failmezger, Pflegedirektor am Universitätsklinikum Frankfurt, bei der Eröffnungsrede*

Wie wichtig es ist, trotz der ständig steigenden Zahl der Krebserkrankungen und immer neuer Herausforderungen und Ansprüche an die Pflege stets den Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, betonten sowohl Pflegedirektor Roland Failmezger (Veranstalter) als auch Prof. Dr. Christian Brandt (Schirmherr der Veranstaltung und Direktor der UTC Frankfurt) in ihren Begrüßungsansprachen. Dabei wurde auch nochmals die wachsende Bedeutung von Anleitung und Beratung deutlich.

Den Anfang zum Schwerpunkt „Begleitend unterstützen“ machte Ute Große-Kunstleve (Gruppenleitung der UTC Tagesklinik) mit ihrem Bericht über die onkologische Pflegeberatung und die speziellen Herausforderungen und Umsetzungen im Alltag der UTC Tagesklinik. Im Anschluss stellte Dr. Anke Barnbrock (Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Onkologie) neue Möglichkeiten in der Pädiatrie im Zusammenhang mit Fertilität vor – ein Thema, das für die Patienten nicht nur aufgrund der gestiegenen Lebenserwartung nach Krebserkrankungen eine zunehmende Rolle spielt.

„Wie wichtig sind Sport und Bewegung?“ Mit dieser Frage beschäftigte sich Annika Wegener (Dipl.-Sportwissenschaftlerin). Sie stellte nicht nur Ergebnisse wissenschaftlicher Studien zum positiven Effekt von körperlicher Aktivität auf Fatigue und PNP vor, sondern animierte das Publikum auch dazu, selbst einige Übungen auszuprobieren.

Ein absolutes Highlight präsentierte Trainerin Ivana Seger mit Emma und Sissi, zwei Therapiebegleithunden, die vor allem im palliativen Setting eingesetzt werden und die höchst persönlich zu Besuch kamen. Neben der äußerst aufwendigen Ausbildung ihrer Hunde berichtete Seger auch von den erstaunlichen Patientenreaktionen auf die Hunde und ließ nicht zuletzt Emma und Sissi ihr Können zeigen.

In den Pausen nutzten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Chance zum regen kollegialen Austausch und zum Besuch der Industrieausstellung.



*Industrieausstellung*

Den Schwerpunkt „Schwierige Zeiten“ eröffnete Kerstin Paradies, Schirmherrin des Kongresses und Vorstandssprecherin der KOK. Sie befasste sich mit Fragen wie: „Wie steht Pflege berufspolitisch da?“ oder „Sind wir für die zukünftigen Anforderungen in der onkologischen und palliativen Versorgung gerüstet?“ Zweite Frage beantwortete sie mit einem klaren JA – und appellierte gleichzeitig an alle Anwesenden, sich als Gruppe präserter zu zeigen und mehr einzufordern.

## 25. Nationaler Knochenmark- und Stammzelltransplantationskongress der Pflege

Vom 27.–28. September fand im Universitätsklinikum in Düsseldorf der 25. Nationale Knochenmark- und Stammzelltransplantationskongress der Pflege statt. Zwei Tage lang gab es zu diesem hoch spezialisierten Arbeitsfeld der Pflege abwechslungsreiche Themen und Vorträge sowie intensive Diskussionen.

Nach der Begrüßung der 58 Teilnehmenden aus 23 Pflegezentren durch Helga Tebartz von der Pflegedirektion Projektmanagement startete Thorsten Trapp mit dem Thema „Knochenmarkspenderzentrale Düsseldorf“. Er zeigte den Weg von der Typisierung bis hin zur Transplantation auf und sorgte für einen regen Austausch und viele Fragen nach der Präsentation.

PD Dr. Thomas Schroeder stellte neue Entwicklungen in der KMT/PBSZT bei Erwachsenen vor. Die Transplantationszahlen steigen kontinuierlich, und die Patienten werden älter, so seine Beobachtung. Außerdem seien Rezidive nach wie vor häufige Ursache für Therapieversagen, weshalb deren frühzeitige Erkennung hohe Priorität habe. Abschließend stellte Herr Dr. Schroeder die CAR-T-Zellen als neue Therapieoption vor, welche die Pflege durch eine Vielzahl von Komplikationen vor neue Herausforderungen stellen wird.

Direkt im Anschluss widmete sich Prof. Dr. Roland Meisel den Entwicklungen der KMT/PBSZT bei Kindern. Er geht davon aus, dass die Eltern-Kind-Transplantationen zunehmen werden. Das Überleben nach einer Transplantation wird dank besserer Therapieregime, wie bei den Erwachsenen steigen und sich die Indikation einer Knochenmarktransplantation zu Gunsten einer Therapie bei Immundefekten verschieben.

Um Palliativversorgung bei KMT-Patienten ging es im Vortrag von Ute Nicolin, stellv. Leitung der Palliativstation des UKD. Sie stellte das Total-Pain-Konzept von Cicely Saunders und die WHO-Richtlinien vor und plädierte dafür, die palliative Medizin als Teil der Therapie anzusehen („early integration“), um die Patienten in einer potenziellen Palliativsituation ausreichend betreuen zu können. Dies sei jedoch nur durch ein multiprofessionelles Team möglich.

Nach der Mittagspause regte Isabell Ambrosy mit ihrem erfrischenden Vortrag über Arbeiten im Generationenmix die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu zu an, ihre persönlichen, manchmal wohl negativen Einstellungen zu einer anderen Generation zu überdenken.

Im Anschluss stellte Dr. Jana Liebenthron Möglichkeiten der Kryokonservierung von Ovarialgewebe und der Fertilitätserhaltung von onkologischen Patienten vor. Da bei 70–90 % der Langzeitüberlebenden nach einer onkologischen Therapie ein

Kinderwunsch besteht, sei die Beratung durchaus noch ausbaufähig.

Der erste Kongresstag wurde mit einer Rundfahrt auf dem Rhein und einem gemeinsamen Abendessen beschlossen.

Den zweiten Tag eröffnete Dr. Christian Mehner mit einer Vorstellung der Apotheke des Universitätsklinikums Düsseldorf. Besonderer Schwerpunkt dieses Vortrages waren die spezifischen Eigenschaften von Virustatika in der Knochenmarktransplantation. Dabei gelang es Mehner, die doch etwas trockene Pharmakokinetik kurzweilig vorzustellen und Neugier auf die später angebotene Führung in der Apotheke zu wecken.

Heike Schneidereit-Mauth, Pfarrerin und Klinikseelsorge des Universitätsklinikums, beschäftigte sich mit der Frage „Was stärkt Mitarbeiter und Patienten? – Resilienz und Psychoonkologie“. Nach Erläuterung des Resilienzbegriffs („Widerstandskraft“) motivierte sie die Teilnehmenden dazu, sich mit diesem Thema zu beschäftigen, und resümierte, dass jeder Resilienz lernen könne.

„Brauchen wir die Pflegekammer?“ lautete das letzte Thema des zweiten Tages. Bereits während des Vortrags von Dirk Zernechel, stv. Stationsleitung Intermediate Care Station (ZI43) kam es zu häufigen Einwänden und Diskussionen. Es bleibt festzuhalten, dass hier noch ein großes Informationsdefizit besteht und es nötig ist, dieses Thema auch bei anderen Gelegenheiten immer wieder zu diskutieren.

Nach kurzer Kaffeepause gab es die Möglichkeit zur Teilnahme an drei Workshops zu den Themen Palliativversorgung, Alternative Pflege und ITZ/KMSZ (Institut für Transplantationsdiagnostik und Zelltherapeutika/Knochenmarkspenderzentrale) sowie an einer Führung durch die Apotheke.

Insgesamt war der 25. nationale KMT/SZT Kongress der Pflege ein voller Erfolg. Unser herzliches Dankeschön geht an alle Organisatorinnen und Organisatoren, allen voran an Angelika Schneider, die es innerhalb kurzer Zeit geschafft hat, diesen Kongress auf die Beine zu stellen. ■

Eva-Maria Stöcklein

Fachkrankenschwester für Onkologie, Universitätsklinikum Würzburg,  
Mitglied der deutschen Arbeitsgruppe KMT/SZT der Pflegenden  
Stoeklein\_E@ukw.de

Einen Perspektivwechsel nahm Anita Waldmann (Vorsitzende LHRM e.V.) vor, die unter dem Titel „Selbsthilfe“ Wünsche von Patienten ans Pflegepersonal formulierte. Sie plädierte dafür, Selbsthilfe als Ergänzung sehen, nicht als Konkurrenz. Mit der Selbstfürsorge – und damit auch einer Art Selbsthilfe – für Pflegende wiederum beschäftigte sich im Anschluss Dr. Katja Rühl (Dipl.-Psychologin und Psychoonkologin). Im Mittelpunkt stand hier die Frage nach dem Wesen der Resilienz und ihren Einflussfaktoren.

Der letzte Schwerpunkt des ersten Tages lautete „Achtsamkeit und Mitgefühl“. Mirko Laux begann seinen Vortrag mit einer Achtsamkeitsübung, welche deutlich machte, wie sehr wir verlernt haben, auch auf Kleinigkeiten zu achten. Achtsamkeit und Mitgefühl/Empathie spielen jedoch eine große Rolle in der Pflege. „Wie kann Achtsamkeit und Mitgefühl in der onkologischen Pflege und im palliativen Setting besser implementiert werden?“ Dazu berichtete Maria Escher (Dipl.-Psychologin) über verschiedenen Techniken und Kurse, um wieder mehr Achtsamkeit zu lernen.

Zum Abschluss des Tages erläuterte Dr. Stefan Lossau (Palliativmediziner), wie wichtig es ist, wahrzunehmen ohne zu bewerten und auch wahrzunehmen, welche Gefühle man selbst hat, wenn es um palliative Patienten geht.

Der 2.Tag stand erneut unter dem Themenschwerpunkt „Begleitend unterstützen“. Zunächst gab es zwei Vorträge zum Thema der S3-Leitlinie mit Inhalten, praxisnahen Tipps und Nebenwirkungsmanagement in der Radioonkologie von Stefanie Krell (Fachkrankenschwester) und zur Oralen Mukositis von Dr. Patrick Jahn (Leiter der Stabsstelle Pflegeforschung und Kooperationsstelle Uniklinikum Halle, Saale).

Die darauffolgenden Workshops boten eine tolle Möglichkeit, in kleineren Gruppen bestimmte Themen kennenzulernen, Erfahrungen und Tipps auszutauschen und Fragen zu stellen. Alle Teilnehmenden hatten dabei die Chance, jeweils zwei Workshops zu besuchen. Workshopschwerpunkte der S3-Leitlinie Supportivtherapie waren Hauttoxizität, CINE, Paravasate und CIPN. Im Bereich der S3-Leitlinie Palliativmedizin lagen die Schwerpunkte bei Kommunikation, Schmerz und Atemnot.

Alles in allem war dies ein gut gelungener, informativer und praxisnaher Kongress zur S3-Leitlinie der Supportivtherapie und Palliativmedizin. Wir freuen schon uns auf den 4. Pflegekongress 2020 in Frankfurt und auf ein Wiedersehen mit unseren Kolleginnen und Kollegen! ■

Romina Müller, Universitätsklinikum Frankfurt,  
Romina.Mueller@kgu.de;  
Patricia Rockel, GPR Rüsselsheim

# PORTRAIT

*Daniel Wecht*

**Weiterbildungsstätte für Onkologische Pflege,  
Marburg**

wecht@med.uni-marburg.de



## **Berufsausbildung Meilensteine; Arbeitsfeld, Funktion**

1977–1979: Sanitätssoldat (Truppenarztschreiber)  
 1980–1983: Krankenpflegeausbildung in Eberbach/Neckar  
 1983–1988: Krankenpfleger in Ludwigshafen/Rhein  
 1988–1989: Weiterbildung zum Unterrichtspfleger an der Krankenpflege-Hochschule in Marburg/Lahn  
 1989–1999: Krankenpfleger auf einer nephrologischen Intensivstation am Universitätsklinikum Marburg, Weiterbildungen zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie/Intensivpflege und Nephrologie, nebenberuflich oder in Teilzeit  
 Unterricht an Bildungseinrichtungen der Pflege  
 1999–2006: Nebenberufliches Studium der Pflegepädagogik an der Charité-Hochschulmedizin der Humboldt-Universität zu Berlin  
 Seit 1999: Leiter der Weiterbildungsstätte für Onkologische Pflege am Universitätsklinikum Marburg; seit 2017 zusätzlich Pädiatrische Intensiv- und Anästhesiepflege

## **Mitgliedschaften und Mitarbeit**

Seit 2000 Mitglied der KOK in der Deutschen Krebsgesellschaft (2004–2016 Beirats- und Vorstandsarbeit)  
 Sprecher der Bundesarbeitsgruppe der Leitungen der Weiterbildungsstätten für die Pflege des krebserkrankten, chronisch kranken Menschen (BAGL) in der KOK  
 Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Pflegewissenschaft  
 Mitarbeit in der Experten-Arbeitsgruppe zu Ziel 12a des Nationalen Krebsplans (Verbesserung der kommunikativen Kompetenzen von Ärztinnen/Ärzten und Pflegepersonal)  
 Mitarbeit bei Arbeitstreffen im Projekt zur Entwicklung eines Nationalen longitudinalen Mustercurriculums Kommunikation in der Medizin  
 Mitarbeit im wissenschaftlichem Beirat und im Expertenbeirat „Nationales Mustercurriculum interprofessionelle Zusammenarbeit und Kommunikation“  
 Mitarbeit in der Steuerungsgruppe des Projekts zur Entwicklung eines „Nationalen Mustercurriculums Kommunikative Kompetenz in der Pflege“

## **1 Seit wann interessieren Sie sich für die onkologische Pflege und was fasziniert Sie an diesem Thema?**

Voranstellen möchte ich, dass bei meinem Einstieg in den Pflegeberuf im Jahr 1980 noch keine onkologische Pflege im heutigen Sinne entwickelt war. Patienten mit einer Krebserkrankung wurden in allen Abteilungen auch in Häusern der Grundversorgung behandelt. Patienten mit Darmkrebs oder Oberschenkelhalsbrüchen lagen nebeneinander und wurden vom selben medizinischen und pflegerischen Team behandelt. Eine Krebserkrankung war mit Leiden und schlechter Prognose verbunden. Ärzte und Angehörige waren sich einig, dass der Patient seine Diagnose besser nicht (nie) erfährt. Mit dieser

Strategie vermied man, sich mit einem emotional aufgewühlten und trauernden Patienten auseinandersetzen zu müssen, wozu man auch nicht ausgebildet war. Pflege war zwar eine erfüllende Herausforderung, jedoch in diesem Setting nichts Faszinierendes. Ich wechselte für 10 Jahre in den Bereich Anästhesie und Intensivpflege mit nephrologischem Schwerpunkt und absolvierte die entsprechenden Fachweiterbildungen.

1999 wurde ich ohne mein Zutun, lediglich mit meinem Einverständnis, an die Onkologische Weiterbildungsstätte versetzt, weil dort die pflegerische Leitung überraschend gekündigt hatte. Faszinierend erlebte ich fortan die Vielfältigkeit der onkologischen Pflege in den unterschiedlichen Erkrankungs-

phasen und verschiedenen Arbeitsgebieten. Parallel zu den Fortschritten in der kurativen, supportiven und palliativen medizinischen Versorgung entwickelte sich auch die onkologische Pflege weiter und profitierte dabei vom internationalen kollegialen Austausch und der aufstrebenden Pflegewissenschaft.

**2 Welche beruflichen Erfahrungen möchten Sie am wenigsten missen?**

Die Herausforderung bei der Konzeption und Etablierung des noch jungen Weiterbildungsfachgebiets der Pflege. Die Unterstützung durch die örtlichen Kollegen und die lehrreichen und inspirierenden Arbeitsgruppentreffen in Deutschland.

**3 Was machen Sie am liebsten nach Dienstschluss oder an freien Tagen?**

Lesen in Sachbüchern und Zeitschriften der Themengebiete Geschichte, Philosophie und Natur; Heimwerken, Fotografieren, aktiv gute Musik hören.

**4 Was möchten Sie neuen/jungen Kollegen im Bereich der onkologischen Pflege mit auf deren Weg geben?**

Dass es sich lohnt, der onkologischen Pflege treu zu bleiben. Sie unterstützen und begleiten Menschen mit Fachkompetenz und Zuwendung. Dieses Fachgebiet entwickelt sich weiterhin äußerst dynamisch in seinen unterschiedlichen Arbeitsfeldern. Es garantiert Abwechslung und Karrierechancen, sofern Bereitschaft zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung besteht.

**5 Was ist für Sie ein besonderer Tag oder anders gefragt: Wie muss ein Tag ablaufen, damit Sie zufrieden sind?**

Zufrieden bin ich, wenn ich in der Lage war, die Anforderungen des Tages zu meistern und vielleicht noch etwas dazulernen konnte.

**6 Was wollten Sie schon immer gerne mal machen und haben es bisher nicht geschafft?**

Ein Seminar erfolgreich abzuschließen, das mich davon befreit, zu den 15 % der Deutschen zu zählen, die unter Aviophobie [Flugangst] leiden.

**7 Wie vereinbaren Sie Beruf und Privates/Familie?**

Ein wesentlicher Faktor ist, dass ich zu Hause von meinen Erlebnissen im Beruf wenig erzähle, insbesondere nicht von ärgerlichen. Ich durchlebe die Situationen kein zweites Mal, verschwende keine wertvolle Zeit und konfrontiere meine Familie nicht mit Erlebnissen, die sie kaum nachvollziehen kann. Ich betrachte es als Geschenk, dass es mir mein beruflicher Werdegang ermöglicht, nur noch von Montag bis Freitag zu arbeiten.

**8 Sind Sie gerne unterwegs? Wenn ja, in welches Land würden Sie gerne reisen?**

Mit der Eisenbahn die Strecke Marburg-Berlin-Moskau-Wladivostok-Peking und zurück mit großzügigen Zwischenhalten, um Land und Leute zu erleben.

**9 Gibt es jemanden, den Sie unbedingt mal treffen möchten?**

José Tolentino Calaça de Mendonça, der über das Vatikanische Archiv mit seinen Geheimnissen wacht und mir hoffentlich einige verrät.

**10 Auf welchen Internetseiten trifft man Sie am häufigsten?**

Neben PubMed/MEDLINE auf Seiten mit Anregungen und Informationen zu meinen Hobbys.



*Giovanni Maio*

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg

# Für eine Ethik der Sorge in der Pflege

Kein anderer Begriff ist in ethischer Hinsicht so eng mit der Pflege verknüpft wie der Begriff der Sorge. Dabei meint „Sorge“ selbstverständlich nicht jenes bedrückende Gefühl von Angst und Unruhe, sondern vielmehr – ähnlich wie das englische „care“ – das aktive Engagement für das Wohlergehen von hilfsbedürftigen Menschen (Conradi 2001). Die Identität der Pflege ist jeden modernen Sprachgebrauchs (Dienstleistung, Produktivität, Effizienz) zum Trotz unweigerlich mit dem Begriff der Sorge verknüpft, stellt doch die Pflege gar eine Urmanifestation der Hilfe und Unterstützung dar (Maio 2017). Sie ist auch und gerade aus einer modernen Gesellschaft nicht wegzudenken, weil sie die Antwort auf ein Urbedürfnis des Menschen darstellt, das Urbedürfnis nämlich, in der Hilfsbedürftigkeit nicht alleine gelassen zu werden. Schon daraus wird deutlich, dass die Pflege nicht einfach, wie man früher annahm, eine Hilfsdisziplin der Medizin darstellt, sondern sie ist eine eigenständige Disziplin mit einer ureigenen Aufgabe, eigener Zielsetzung, eigener Methodik, eigenem Wert. Gerade in der heutigen Zeit ist es besonders wichtig, das Spezifische der Pflege und deren Sorgecharakter herauszuarbeiten, weil man nur so erreichen kann, dass die Gesellschaft sich neu daran erinnert, dass ohne Pflege eine Gesellschaft nicht existieren kann. Und mehr noch: Andere Disziplinen können sehr viel von der Pflege lernen. Daher muss die Pflege ihre eigene Identität mit Rückgrat und Selbstbewusstsein verteidigen, und zwar gegen alle – auch und vor allem bürokratischen – Versuche ihrer Überformung.

Die Orientierung am identitätskonstituierenden Prinzip der Sorge äußert sich in der Pflege in bestimmten Haltungen und Verhaltensweisen, denn versteht man Pflege als eine Praxis der Sorge, so ergibt sich unweigerlich die Frage nach den Bestim-

mungen, die diese Sorgerationalität leiten. Es soll nun darum gehen, einen allgemeineren Begriff einer Ethik der Sorge zu entfalten. Es mag durchaus unterschiedliche Konzeptionen geben, aber aller Unterschiede zum Trotz lassen sich bei genauerem Hinsehen doch einige Grundcharakteristika herausarbeiten, die die Besonderheit der Ethik der Sorge in einem grundlegenden Sinn verdeutlichen können.

## **Grundelemente einer Ethik der Sorge**

### **1. Anerkennung der Angewiesenheit**

Ein zentrales Wesensmerkmal der Ethik der Sorge ist das ihr zugrunde liegende Menschenbild. Es geht der Sorgeethik darum, die Souveränität eines jeden Einzelnen als anzustrebende Zielorientierung stets im Blick zu behalten, aber die Augen nicht davor zu verschließen, dass sich diese Souveränität nicht von alleine einstellt, sondern Ermöglichungsbedingungen braucht, und dies aus dem einfachen Grund, dass der Mensch grundsätzlich nicht primär ein souveränes Wesen ist, sondern primär ein auf Unterstützung angewiesenes Wesen immer bleiben wird. Ausgangspunkt der Ethik der Sorge ist somit die Anerkennung der grundsätzlichen Angewiesenheit eines jeden Menschen. Eine Ethik der Sorge zu verwirklichen bedeutet anzuerkennen, dass jeder Mensch in einer Grundstruktur der Angewiesenheit lebt, ganz gleich, ob er diese Angewiesenheit bewusst verarbeitet oder ob sie unbewusst bleibt. Ethisch zu denken impliziert aus der Perspektive einer Ethik der Sorge, mit dem Bewusstsein der Asymmetrie zu beginnen, der Asymmetrie, in der sich hilfsbedürftige, der Sorge bedürftige Menschen befinden. Ihre Situation ist nicht primär auf Gegenseitigkeit ausgerichtet – in ihr kommt vielmehr die grundlegende einseitige Bedürftigkeit des Menschen zum Ausdruck. Und sie



ist es auch, die die Fürsorge als eine Handlungsform notwendig macht, welche eine Antwort auf diese Grundsignatur der Angewiesenheit darstellt. Das Besondere der Ethik der Sorge liegt aber nicht nur in der Anerkennung der Asymmetrie und damit der Angewiesenheit. Vielmehr setzt sie dort ein, wo sie die Angewiesenheit des Menschen von ihrer negativen Konnotation befreit: Hilfsbedürftigkeit wird aus sorgeethischer Perspektive nicht als Unvollkommenheit betrachtet, sondern als Normalität.

Wenn hier von Asymmetrie gesprochen wird, so ist damit keine Zementierung eines wohlwollenden Paternalismus gemeint. Es geht stattdessen um die Anerkennung, dass zwar die Situation eine solche der Ungleichheit sein kann, dass dies aber dem Postulat der gleichen Achtung und der Gleichheit der Personen keinen Abbruch tut. Eine Ethik der Sorge anerkennt mit anderen Worten den Unterschied im Ausmaß der Souveränität des Menschen in seiner spezifischen Situation, ohne jedoch die elementare Gleichheit aller Menschen in ihren moralischen Ansprüchen und Anerkennungsverhältnissen auch nur ansatzweise zu relativieren. Vielmehr besteht ihr letztes Ziel zugleich darin, durch die Gleichheit der Personen hindurch zu einem Ausgleich der Asymmetrie bezogen auf die Souveränität zu gelangen.

## 2. Bedeutung der Beziehung

Bestimmend für eine Ethik der Sorge ist die Betrachtung des Menschen als eines grundlegend auf Beziehungen zu anderen Menschen ausgerichteten Wesens. Eine Ethik der Sorge geht somit von der Beziehung als einem zentralen Wesensmerkmal menschlicher Existenz aus. Auf diese Weise wird die Beziehung für die Ethik der Sorge zu einem Wahrnehmungsfenster ethischer Probleme. Vor diesem Hintergrund wird verständlich, weshalb die Ethik der Sorge auf die Unverzichtbarkeit menschlicher Verbundenheit zur Lösung ethischer Probleme verweist. Mit diesem beziehungsorientierten Zugang zur Ethik ist auch eine Hochschätzung anderer beziehungsstabilisierender Tugenden wie Nachsicht und Verzeihen oder Hingabe und Vertrauen verbunden. Die Ethik der Sorge impliziert somit eine deutliche Aufwertung der affektiven Verbindung und den Primat interaktiver Handlungen zur Lösung ethischer Konflikte.

Hier bedarf es freilich eines differenzierten Blicks auf das Relationale des Menschen, denn die Beziehung schablonenhaft als Lösungsstrategie zu propagieren wäre auch nicht angemessen. Nicht selten ist es gerade die Verstricktheit in Beziehungen, die Patientinnen und Patienten Probleme bereitet, so z. B., wenn sie sich in Abhängigkeitssituationen befinden, aus denen sie durch Unterstützung erst herausgeführt werden müssen, um zu einer Lösung des Problems zu gelangen. Und auch für die Helfenden stellt die Fokussierung auf die Beziehung immer eine Gratwanderung dar, da sie sich davor bewahren müssen, sich durch ein allzu starkes emotionales Engagement sukzessive selbst auszubedenken. Auch wenn sich hier die Grenzen einer Überanstrengung des Lösungspotenzi-

als der Beziehung abzeichnen, so gehören die Betonung der moralischen Dimension von Beziehungen und die Hochschätzung beziehungsstabilisierender Tugenden mit gutem Grund zu den unverzichtbaren Kernmerkmalen einer Ethik der Sorge.

## 3. Situationsorientiertheit

Eine zentrale Frage im Blick auf die Ethik der Sorge ist die nach der Begründung der jeweiligen Handlung oder Reaktion. Die Ethik der Sorge leitet ihr Handeln nicht von der Abstraktheit einer Regel ab und geht von hier zur Praxis über, sondern sie nimmt die Praxis selbst zum Ausgangspunkt für die Wahl der geforderten Handlung. Sie folgt also keinem deduktiven Modell, sondern nimmt die Unmittelbarkeit und Unverwechselbarkeit der jeweiligen Situation als Auftrag wahr, sich für das Handeln zu entscheiden, das in dieser Situation am angemessensten erscheint. Es geht bei der Sorge-Ethik um eine aus der Situation heraus zu generierende passende Antwort, da der Konkretheit einer Situation durch reine Regelanwendung nicht adäquat begegnet werden kann. Somit wird deutlich, dass es der Ethik der Sorge schon rein methodisch um die Vergegenwärtigung der Besonderheit und der Unvergleichbarkeit sowohl des Patienten als auch der Situation geht. An die Stelle verallgemeinerbarer strikter Regeln treten Singularität und Partikularität. Es geht ihr darum, die Fürsorge als eine Zusage zu begreifen, die Unverwechselbarkeit des Anderen vor jedweder Vereinnahmung durch Verallgemeinerungspostulate zu schützen. Die Kernaufgabe der Fürsorge liegt im Grunde darin, die Besonderheit des Anderen zu erkennen und zu bewahren (Ricoeur 2005).

Die hierfür notwendige Leistung ist die Leistung der situativen Kreativität. Die kreative Erschließung des zur Situation Passenden ist entscheidend. Zentrales Moment ist somit das Bewusstsein für die Situativität des eigenen Handelns und die Sensibilität für die Notwendigkeit einer offenen Begegnungshaltung und einer damit verbundenen Bereitschaft, sich in doppelter Hinsicht ansprechen zu lassen. Sorge walten zu lassen bedeutet unweigerlich, sich auf die jeweilige Situation einzulassen und diese Situation in ihrer Unverwechselbarkeit anzuerkennen. Zusammenfassend kann man diesen Aspekt der Situationsbestimmtheit in drei Elemente aufteilen: (1) Betonung der Unmittelbarkeit und Würdigung der unmittelbaren Wahrnehmung, (2) Anerkennung der Unverwechselbarkeit der Situation und (3) Notwendigkeit einer kreativen und nicht bloß regelgeleiteten Orientierung.

## 4. Gekonnter Umgang mit Unbestimmtheit

Sofern die Ethik der Sorge die konkrete Situation zum Ausgangspunkt nimmt, wird auch ein ganz anderer Anspruch an das Resultat des ethischen Urteils gestellt. Geht man von einer deduktiven Ethik aus, wird der Anspruch auf Exaktheit und Eindeutigkeit erhoben, nach dem Motto: Ist es nun erlaubt oder nicht erlaubt? Gefordert oder nicht gefordert? Richtig oder falsch? Im Rahmen einer Ethik der Sorge stehen solche Fragen nicht im Vordergrund. Stattdessen ist mit einer Ethik der

| Zusammenfassung und Schlüsselwörter   | Summary and Keywords   |
|---|--|
| <p><b>Für eine Ethik der Sorge in der Pflege</b></p> <p>Kein anderer Begriff ist in ethischer Hinsicht so eng mit der Pflege verknüpft wie der Begriff der Sorge. Da heute jedoch viel lieber von Autonomie als von Sorge gesprochen wird, gilt es, die Bedeutsamkeit der Ethik der Sorge herauszuarbeiten. Dieser Beitrag arbeitet neun Merkmale der Ethik der Sorge heraus und zeigt deren Bedeutung für die onkologische Pflege auf.</p> | <p><b>For an ethics of care in nursing</b></p> <p>The identity of nursing is strongly related to the ethics of care. Many ethical problems in nursing cannot be broken down into abstract principles but do need a care approach instead. Thus, it is important for nursing practice to formulate an ethics of care. This paper presents the basic elements of an ethics of care and emphasizes the relevance of care for nursing.</p> |
| <p>Ethik der Sorge · Angewiesenheit · Sein in Beziehung · Phänomenologie · Ethik der Pflege</p>   | <p>Ethics of care · Patient in need · Nursing · Phenomenology · Ethics of nursing</p>  |

Sorge unweigerlich eine Art Ambiguitätstoleranz verknüpft, eine Bereitschaft, auch die Ambivalenz und Uneindeutigkeit bestimmter Situationen stehen lassen zu können. Ambivalenz ist für die Sorgerationalität kein Zustand, der mit allen Mitteln aufgehoben werden müsste – das Ernstnehmen, Zulassen und Aushalten von Ambivalenz gehört vielmehr zum methodischen Vorgehen einer Ethik der Sorge. Man kann es auch so sagen: Aus der Anerkennung der Besonderheit resultiert eine Akzeptanz der Uneindeutigkeit.

Die der Sorge korrespondierende Kompetenz ließe sich daher als eine Könnerschaft im Umgang mit Uneindeutigkeit beschreiben. Es gibt nicht die eine richtige Lösung, sondern ein Spektrum an Lösungen; es gibt nicht das Richtige, sondern das jeweils Passende, und es gibt auch keine objektive Lösung, mit der sich ein universalistischer Anspruch verbindet. Die Situation des Patienten und die damit verbundenen Herausforderungen sind nicht objektiv beschreibbar und eindeutig, sondern sie sind mehrdeutig und facettenreich. Sie erfordern gerade nicht binäre Entscheidungen, wie oft suggeriert wird, sondern sie verlangen das Ernstnehmen von Nuancen und Schattierungen. Es geht letzten Endes um das Aushalten der Mehrdeutigkeit, weil nur so ein vertieftes Verständnis für den Patienten und seine Situation möglich wird. So spielt für die Ethik der Sorge gerade die Fähigkeit zur Bewältigung von Komplexität eine konstitutive Rolle.

### 5. Responsivität

Das Besondere der Ethik der Sorge liegt darin, dass sie sich nicht primär über die Initiative definiert, sondern vielmehr darüber, dass sie reagiert und eine Antwort gibt auf die Aufforderung des auf Hilfe angewiesenen Menschen. Die Sorge um den Anderen ist primär responsiv orientiert. Es ist der Andere, der sozusagen die Sorge ruft. Somit fordert eine Ethik der Sorge auf zum Hinhören, sie fordert auf, von dem Eigenen abzusehen. Die Ethik der Sorge ist daher unweigerlich mit der Haltung und dem Gestus der Hinwendung verknüpft. Die dazugehörige Grundhaltung ist die der Aufnahmebereitschaft, des rezeptiven Eingehens, der tiefen Aufmerksamkeit.

Gleichzeitig ist die Ethik der Sorge unweigerlich mit dem Impuls zur Veränderung, mit dem Impuls zur Verwirklichung von Sorge verknüpft, und die Verwirklichung von Sorge kann man begreifen als Verwirklichung der Antwort, die sich mit der Vergegenwärtigung der bedrängten Lage des Anderen aufdrängt. Gerade dieses responsiven Charakters wegen ist die Ethik der Sorge nicht kompatibel mit dem schematischen Abarbeiten eines strikt vorgegebenen Plans. Nicht über das Abhaken einer Checkliste verwirklicht sich die Sorge, sondern über das Anliegen, eine unmittelbare und passende Antwort auf die Befindlichkeit des Patienten zu finden, auf seine Gemütslage, auf seine Bedürfnisse im Hier und Jetzt. Emmanuel Lévinas hat die Fürsorge in dieser Hinsicht als ein „In-Anspruch-Genommen-Werden“ durch den Anderen bezeichnet.

### 6. Bedeutung des emotionalen Wissens

Die tragende Rolle der Beziehung, die Forderung nach einer adäquaten Wahrnehmung der Situation sowie der Vorrang kreativer Lösungsstrategien vor der deduktiven Ableitung machen implizite Wissensformen wie Erfahrungswissen, Situationswissen und Beziehungswissen notwendig. Die Aufwertung dieser sich einer formallogischen Herangehensweise entziehenden Wissensformen macht die Essenz der Ethik der Sorge aus. Es sind Formen des Wissens, die man nicht auswendig lernen kann, sondern die man einüben muss.

Sorge kann nur verwirklicht werden, indem alle Sinne eingesetzt werden; was zu tun ist, kann man nur wissen, wenn man sich nicht nur die Daten anschaut, die Diagnose kennt, die Patientenakte studiert, sondern wenn man ans Bett tritt und den Patienten in seiner jetzigen Verfasstheit mit allen Sinnen wahrnimmt. Es geht bei der Verwirklichung der Sorge darum, zunächst einmal die gesamte atmosphärische Stimmung aufzunehmen; ohne diese Unmittelbarkeitsempfindung und atmosphärische Sinnlichkeit lässt sich dem Patienten nicht das Gefühl vermitteln, als Subjekt geschätzt zu werden. Daher ist ein zentraler Modus der Sorge das assoziative Gespür, das Gespür dafür, was gerade wichtig und angesagt ist. Zu diesem Gespür kann man nur fähig werden, wenn man sich traut, den rein verobjektivierenden Zugang zum Patienten zu überwinden und ihn anzureichern um zusätzliche Wahrnehmungsformen. Eine Ethik der Sorge misst dem Gespür und diesen impliziten Wissensformen, die sich einer formallogischen Herangehensweise entziehen, einen eigenen epistemologischen Wert zu.

Insofern ist die Ethik der Sorge fortschrittlicher als so manche anderen Ethiken, weil sie aufräumt mit dem Vorurteil von der Irrationalität des Gefühls, weil sie den Wissensgehalt der Gefühle ernst nimmt und insofern ein implizites Plädoyer für die Aufwertung des emotionalen Wissens darstellt.

Damit steht die Pflege vor der Herausforderung, dieses emotionale Wissen nicht in einen Kontrast zum kognitiven Wissen zu stellen, sondern anzuerkennen, dass beide Wissensformen in eine gesunde Balance zu bringen sind, dergestalt, dass das emotionale Wissen als schöpferischer Faktor aufgewertet wird, aber das kognitive Wissen im Sinne eines ständigen Überprüfungsmodus auf gleiche Weise präsent bleibt. Eine Ethik der Sorge kann insofern erst dann wirklich fruchten, wenn sie durch emotionales Wissen singuläre kreative Vorgehensweisen ermöglicht, ohne dabei von der Verpflichtung befreit zu sein, diese kreativen Lösungsstrategien mit transparenten und nachvollziehbaren Argumenten nach außen begründen zu müssen.

### 7. Grundhaltung des Sich-Herantastens

Vor dem Hintergrund, dass eine Ethik der Sorge den Fokus auf die Wahrnehmung von Komplexität legt, wird auch die Reaktion auf das sorgeethisch zu behandelnde Problem nach ganz anderen Kriterien bewertet, als es in einem auf Funktionalität





und Effizienz ausgerichteten Denken geschieht. Es zählt hier nicht das schnelle, selbstsichere Agieren, sondern das tentative Herantasten und Rücksichtnehmen. Dies zieht eine andere Definition von guter Handlung nach sich: Bedachtsamkeit und Umsicht werden hier zu Leitwerten. Die Haltung des Tentativen, des Herantastens ist innerhalb einer Ethik der Sorge nicht so negativ besetzt, wie es die ubiquitäre Betriebsamkeit der Einrichtungen annehmen lässt. Das Entscheidende der Sorgerationalität ist das interaktiv-dialogische Vorgehen, das bestimmt ist durch die Haltung des Herantastens.

Besonders im Umgang mit onkologischen Patienten bekommt die tentative, behutsame Herangehensweise eine paradigmatische Funktion. Wenn nun aber die Pflege insgesamt zu verstehen ist als gelebter Ausdruck einer Ethik der Sorge, dann muss sie auch insgesamt als Disziplin des behutsamen Herantastens und der feinen Balance gelten. Das Finden der Balance ergibt sich aus der direkten Wahrnehmung des Patienten. Die unverzichtbare Könnerschaft in der Pflege liegt in der Kunst des richtigen Abstimmens, und gerade deswegen gehören zu den unverzichtbaren Grunddispositionen der Feinsinn, die Umsicht und das Taktgefühl. Man denkt, in einer hochmodernen Welt könne alles formalisiert werden, aber im pflegerischen Umgang mit dem Patienten geht es nicht nur um die Einhaltung einer formalen Vorgabe, sondern es geht immer zugleich um das Wie; es geht um die Art und Weise, in der agiert wird. Pflegerisch zu arbeiten ist eben immer ein Arbeiten in der Unmittelbarkeit und kein abstraktes Abarbeiten eines vorgegebenen Schemas.

### 8. Zuwartenkönnen als Leistung

Zu einer Ethik der Sorge gehört eine Atmosphäre der Geduld, innerhalb derer eine Grundhaltung des Zuwartenkönnens Fuß fassen kann. Wie wichtig dies ist, zeigt sich in der pflegerischen Arbeit täglich. In schwierigen und komplexen Situationen können gerade die sorgfältige Beobachtung und die Ruhe im Zuwarten oft die Lösung des Problems zutage fördern. In einem auf Effizienz und Reibungslosigkeit getrimmten System werden die Heilberufe dazu angehalten, die schnelle Entscheidung als die vorzugswürdige anzusehen. Auf der Strecke bleiben dabei das ruhige Durchgehen, das ruhige Besprechen mit den Anderen, das ausführliche reflexive Abwägen und vor allem das kritische Hinterfragen. Gerade vor diesem Hintergrund erweist sich eine Ethik der Sorge als subversiv. Die subversive Kraft der Sorgerationalität kann sehr heilsam sein, weil aus ihr die Einsicht entspringen kann, dass Medizin nicht nur Dinge zu machen, sondern in gleicher Weise auch Dinge gedeihen zu lassen hat. Die mit der Sorgeethik verbundene Geduld kann sich eben gerade darin ausdrücken, den Wert der Unterlassung neu aufscheinen zu sehen. Das Subversive der Sorgerationalität besteht darin, das Gedeihenlassen als eine ausgezeichnete Form des Sorgehandelns neu zu entdecken, eine Form des Handelns, mit der die in der modernen Medizin latent vorhandene Tendenz zum Aktionismus unterbunden werden

kann. Kurzum: Im Gegensatz zur Grundorientierung des „Mainstreams“ in der modernen Medizin ist der Bedachtsamkeit, der Umsicht, dem Aushaltenkönnen und vor allem dem Zuwartenkönnen entscheidende Bedeutung beizumessen.

### 9. Ganzheitsverstehen

Innerhalb einer bürokratischen Logik wird die Wirklichkeit so weit wie möglich simplifiziert. Dabei werden die Heilberufe dazu angehalten, nicht nur ihre Arbeit, sondern auch die Situation des Patienten auf ein für die Dokumentationsmaske geeignetes Schlagwort zu reduzieren. Die Lebenswelt wird in lineare Erklärungsmodelle überführt, und alles, was sich dieser Linearisierung widersetzt, wird homogenisiert. Die Situation des kranken Menschen lässt sich aber nicht in linearen Modellen erfassen, sondern sie erfordert ein multiperspektivisches Denken. Sie lässt sich nicht in Schlagworten festzurren, sondern sie verlangt ein tiefer gehendes Verstehen, und zwar ein Ganzheitsverstehen. Um einer spezifischen Situation gerecht zu werden, hilft es nicht weiter, sich in Typisierungen und Kategorisierungen zu flüchten, denn die aus vielen Perspektiven zu erfassende Wirklichkeit des Patienten lässt sich nicht einfach in ein Modell pressen. Es geht letzten Endes um ein tieferes Verständnis des Patienten, das zwangsläufig auf die Gesamtsituation ausgerichtet bleiben muss und gerade nicht fokalbewusst auf Einzelkategorien. Es geht immer um das Erfassen des gesamten Problemzusammenhangs, und dieser Zusammenhang macht ein integratives Denken notwendig, ein Denken, das die Vielfalt der Aspekte zusammenführen kann. Anzustreben ist ein multiperspektivisches Sehen von Ganzheiten, weil man nur so das Gesamtempfinden des Patienten erfassen kann. Eine Ethik der Sorge macht ein solches Sehen und Verstehen notwendig, und so besteht die Rationalität der Sorge am Ende in einem Denken in Komplexität, weil sie von ihrem Anliegen her unweigerlich auf ein Ganzheitsverstehen ausgerichtet ist.

### Die Sorge und die Identität der Pflege

Nimmt man die erarbeiteten Punkte zusammen, so lässt sich schlussfolgernd festhalten: Die Aufgabe der Pflege muss darin bestehen, Menschen zu stärken, sie zu begleiten, sie anzuerkennen, sie zu fördern in ihren eigenen Kompetenzen und Ressourcen. Es geht somit nicht um die strategische Lösung eines Problems, sondern um die zwischenmenschliche Stütze auf dem Weg zur Mobilisierung der eigenen Potenziale, und seien diese noch so klein, so rudimentär, so auf einen engen Radius eingegrenzt, und doch gibt es diese Potenziale. Diese den Patienten zurückzugeben ist die eigentliche Aufgabe der Pflege. Und das gelingt nur durch eine stumme Rationalität, eine Rationalität, die man nicht dokumentieren kann, die man nicht festschreiben kann auf Algorithmen; es gibt schlichtweg keinen Ablaufplan zur Stärkung der eigenen Ressourcen, sondern das gelingt nur durch Beziehungsarbeit, durch Sorge. Es ist eben eine Sorgerationalität, die hier zur Geltung kommt, und die Art dieser Rationalität ist eben eine nicht restlos forma-

# FAZIT

Die Ethik der Sorge, deren Kernaspekte wir im Vorangegangenen herausgestellt haben, steht in einem engen Verhältnis zur Identität der Pflege, weil es der Ethik der Sorge wie der Pflege um die adäquate Antwort auf die Angewiesenheit des Menschen geht. Und daher besteht die Kunst des adäquaten Umgangs mit dem angewiesenen, weil pflegebedürftigen Menschen in der inneren Bereitschaft, sich auf die Unverwechselbarkeit des Patienten oder Bewohners einzulassen. Der Wert der Ethik der Sorge ist in ihrer Annahme begründet, dass die Angewiesenheit des anderen eine persönliche Verantwortungsübernahme verlangt. Eine solche Verantwortungsübernahme geht über eine Gewährung von Grundrechten weit hinaus. Deswegen wird die Verwirklichung einer Ethik der Sorge nur dann gelingen, wenn im gesamten System anerkannt wird, dass Sorge Zeit und Zuwendung braucht und dass der Kerngehalt der Sorge nicht gemessen, sondern am Ende nur erlebbar gemacht werden kann – an der heilsamen Atmosphäre, die entsteht, wenn die Pflege nicht auf die Körperpflege reduziert wird, sondern wenn ihr ermöglicht wird, Körperpflege auf dem Boden einer täglich zu erneuernden Beziehungspflege zu verwirklichen. Wenn der Pflege dies ermöglicht wird, dann wird nicht nur dem pflegebedürftigen Menschen gedient, sondern der Pflege selbst, weil sie sich nur auf dem Boden einer gelebten Ethik der Sorge identifizieren kann mit ihrem Tun und weil sie auf dieser Grundlage reich beschenkt wird durch die Ermöglichung von Zwischenmenschlichkeit.

lisierbare, weil die Sorgerationalität nicht primär eine zweckrationale Rationalität ist, sondern eine hermeneutische Rationalität, eine Rationalität, die primär mit Verstehen zu tun hat und nicht primär mit strategischem Funktionsdenken. Wenn diese Sorge bedingt durch die noch zu schaffenden unterstützenden Rahmenbedingungen wirklich gelebt werden kann, dann leistet sie genau das, wofür die Pflege eigentlich angetreten ist, nämlich eine Ermöglichung von Zwischenmenschlichkeit.

Daher ist es wichtig, wenn man über eine Ethik der Pflege nachdenkt, sich darüber im Klaren zu bleiben, dass die Pflege ein Ziel hat, das kein anderer Beruf in dieser Form hat; ihr Ziel ist nämlich nicht die Heilung, sondern ihr Ziel ist die Integrität. Pflege ist ein integritätsstiftender Beruf; ihr geht es darum, das Versehrte auf eine neue Ganzheit hin auszurichten, aber eben eine Ganzheit ganz eigener Art, einer Art, die nicht mit Heilung zu verwechseln ist, denn nicht nur, aber doch gerade dort, wo keine Heilung möglich ist, setzt sich Pflege ein, um innerhalb des Krankseins oder Gebrechlichseins das Gefühl von Heilsein

dennoch zu ermöglichen, das Gefühl von Ganzheit, das Gefühl, nicht nur versehrt zu sein. Pflege arbeitet daran, dem Anderen ein Gefühl von körperlicher Integrität zurückzugeben, und das geht nur, indem sie das Ziel vor Augen hat, Integrität in einem umfassenden Sinn herzustellen.

Letzten Endes zielt Pflege auf nichts anderes ab als auf die Ermöglichung einer körperlichen Geborgenheit des gesamten Menschen. Pflege möchte Geborgenheit ermöglichen, sie möchte den im Kranksein oft als fremd empfundenen Körper wieder zum vertrauten Körper machen; Pflege ist ein Beruf des Vertrautmachens, des Vertrautmachens mit einem Körper, der sich den bisher gemachten Erfahrungen mit ihm entzieht und eigene Gesetze diktiert. Pflege hat damit zu tun, dem Menschen dabei zu helfen, sich mit seinem Versehrtsein anzufreunden, um den eigenen Körper auch in seiner versehrten und oft entstellten und manchmal dysfunktionalen Form als Teil seiner selbst wahrzunehmen und als Teil einer Aufgabe, für die es sich zu engagieren lohnt. ■

## Interessenkonflikt

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Maio, G. (2017). *Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin. Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege.* 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Conradi, E. (2001). *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit.* Frankfurt: Campus
- Ricoeur, P. (2005). *Das Selbst als ein Anderer.* Paderborn: Fink.

## Angaben zum Autor

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.  
Lehrstuhl für Medizinethik

Institut für Ethik und Geschichte der Medizin  
Stefan-Meier-Str. 26  
79104 Freiburg  
maio@ethik.uni-freiburg.de