

Christoph Kerwien & Rouven Porz

„Giving Voice!“ Care Ethics in der Logopädie

Eine Alternative zur Prinzipienethik im Gesundheitswesen

Logopädie und Ethik: Verbunden in der Sprache

„Ach, wäre die Logopädie doch schon früher erfunden worden!“ So könnte man ausrufen, bedenkt man, welche bedeutenden Persönlichkeiten der Geschichte mit einer Beeinträchtigung sprachen. Manche Theologen nehmen zum Beispiel an, dass Mose einen Sprachfehler gehabt haben könnte und sich deshalb so gescheut habe, vor den Israeliten zu sprechen.¹ Dem Philosophen Gottfried Wilhelm Leibniz – dem „letzte[n] Universalgenie Europas“ – wird ebenfalls eine Beeinträchtigung des Stimmapparates nachgesagt.² Und wer einmal einer Rede von Jürgen Habermas (geb. 1929) – eines der bedeutendsten noch lebenden Philosophen unserer Zeit – gelauscht hat, dem wird dessen undeutliche Aussprache aufgefallen sein, die auf eine angeborene Lippen-Kiefer-Gaumenspalte zurückzuführen ist.³ Die Geistesgeschichte und Philosophie hätte einer früher entwickelten Disziplin der Logopädie somit viel zu verdanken.

ZUSAMMENFASSUNG. In der klinischen Ethik und der Medizinethik ist das Verständnis des „unbeteiligten Beobachters“ vorherrschend, der alle Menschen gleich, unabhängig und autonom betrachtet – auch unabhängig von unseren Emotionen und Beziehungen zu ihnen. Doch insbesondere in der Klinik, in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fragestellungen, in Fallbesprechungen und Dilemmata zeigt sich häufig, dass uns ein solches Verständnis von Ethik keine überzeugenden Antworten liefern kann. Die *Care Ethics* wird deshalb als lohnenswerte ethische Betrachtungsalternative vorgestellt, die den Besonderheiten der Beziehungen in Klinik und Therapie Rechnung tragen kann und für eine ganzheitliche Medizinethik anschlussfähig ist.

Auch die Ethik, als Teil der praktischen Philosophie, wäre ohne das Sprechen und die Sprache im wahrsten Sinne des Wortes nicht denkbar. Denn moralische Normen, Argumente und ethische Reflexionen müssen sprachlich vermittelt werden. Und überhaupt gehen Biologen und Philosophen davon aus, dass sich das moralische Denken erst aufgrund unseres Spracherwerbs entwickelt hat (Singer 2013, 26). Erst durch unser gemeinsames Sprechen verhandeln und beantworten wir die großen ethischen Fragen: *Wie sollen wir handeln? Was ist nun das Richtige? Was ist moralisch falsch und warum? War es gut, dass wir das getan haben?* Logopädie, praktische Philosophie und ethisches Denken haben also eine große Gemeinsamkeit: Sie befassen sich mit der Sprache und dem Wort, das das Argument ermöglicht. Logopädie und Ethik sind verbunden in der Sprache.

Schwächen der klassischen Ethik im Gesundheitswesen

Dieses sprachlich vermittelte Denken, Urteilen und Argumentieren von uns Medizinethikern steht dabei in einer langen Tradition und geht zurück auf große Namen und Positionen wie von Aristoteles (384-322 v. Chr.), Immanuel Kant (1724-1804) bis aktuell zum Beispiel hin zu Peter Singer (geb. 1946). Allen gemeinsam ist dabei eine bestimmte vorherrschende Sicht, wie Ethik und ethisches Denken funktionieren sollen: Ethisches Denken sei demnach vor allem eine rationale Geistestätigkeit des Menschen, der autonom und im Vollbesitz seiner kognitiven Fähigkeiten moralische Entscheidungen treffen und begründen kann. Jeder Mensch könne ethisch denken und handeln, da jeder unabhängig und autonom mit seinem Verstand Prinzipien aufstellen, prüfen und einhalten könne. Und unsere somit gefällten moralischen Urteile sollen gerecht sein; das heißt, dass sie universell für alle gültig sein sollen. Um diese Uni-

versalität am besten zu erreichen, sollten wir im ethischen Denken in eine abstrakte Position des „unbeteiligten Beobachters“ gehen, der alle Menschen gleich, unabhängig und autonom betrachtet – auch unabhängig von unseren Emotionen und Beziehungen zu ihnen. So würden wir zu rationalen, gerechten und allgemeingültigen ethischen Urteilen kommen, die es prinzipientreu einzuhalten gelte (u.a. Singer 2013, 35ff; Fleischhacker 2017).

Auch in der klinischen Ethik und der Medizinethik ist dieses Verständnis vorherrschend. Es findet Ausdruck in der von den US-Amerikanern Tom Beauchamp (geb. 1939) und James Childress (geb. 1940) entwickelten „Prinzipienethik“, die sich in die oben genannte Denktradition einreicht und diese anhand von vier Leitprinzipien im Gesundheitswesen für die Ärzteschaft, die Pflegenden und die Therapieberufe anwendbar macht. Die vier biomedizinischen Prinzipien betonen dabei – neben dem Nicht-Schadens-Prinzip und dem Grundsatz der Hilfeleistung – insbesondere die Autonomie eines jeden Menschen und die universelle Gerechtigkeit und Gleichheit aller (Beauchamp & Childress 2013, 101ff).

Doch insbesondere in der Klinik, in medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Fragestellungen, in Fallbesprechungen und Dilemmata zeigt sich häufig, dass uns ein solches Verständnis von Ethik keine überzeugenden Antworten liefern kann. Denn gerade im Gesundheitswesen werden nämlich die großen Stärken der Ethik – ihre Rationalität, Auto-

- 1 <https://www.kirche-im-swr.de/?page=manuskripte&id=22445> (27.10.2020)
- 2 <https://www.wienerzeitung.at/nachrichten/reflexionen/vermessungen/855680-Groesstmögliche-Vollkommenheit.html> (27.10.2020) <https://www.geo.de/wissen/21787-rtkl-gottfried-wilhelm-leibniz-das-letzte-universalgenie> (27.10.2020)
- 3 https://rp-online.de/kultur/kunst/habermas-der-denker-im-dialog_aid-12981201 (27.10.2020)

nomie und Unparteilichkeit – uns oft fremd und somit zu ihrer größten Schwäche.

Denn ist es wirklich überzeugend, von einer Ethik auszugehen, die stets vom rationalen, autonomen und unabhängigen Menschen spricht, während uns besonders im Gesundheitswesen Menschen in ihren krankheitsbedingten Schwächen, Abhängigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen anvertraut sind? Sollten Gesundheitsberufe nicht statt kühler rational-abstrakter Unparteilichkeit gerade eher durch Verbundenheit und Anteilnahme, individuell Verantwortung für die ihnen anvertrauten Patienten übernehmen? Und wie viel Raum lässt eine rigorose Prinzipienethik für die individuellen Beziehungen zwischen Patienten und Angehörigen des therapeutischen Teams und für die Fürsorge im Einzelfall? Ist es wirklich besser, alle Menschen emotionslos und gleich zu behandeln, und dies nur, weil unsere Rationalität das gebietet?

Diese Fragen verdeutlichen eine berechtigte Kritik an dem bisherigen klassischen Verständnis von Ethik und ihrer Anwendung im Gesundheitswesen, auf die eine alternative Ethik – die *Care Ethics* – zufriedenstellend reagieren kann. Die *Care Ethics* wird deshalb im Folgenden als lohnenswerte ethische Betrachtungsalternative vorgestellt, die den Besonderheiten der Beziehungen in Klinik und Therapie Rechnung tragen kann und für eine ganzheitliche Medizinethik anschlussfähig ist.

Vorteile der *Care Ethics*

Zuallererst gilt es, mit einem verbreiteten Missverständnis aufzuräumen: Denn *Care Ethics* ist weder eine „Pflege-Ethik“ noch eine „Frauen-Ethik“. Auch wenn ihr Ursprung und die ihr zuzuordnende Denkrichtung die feministische Ethik ist, die seit den 1980er Jahren besonders von Philosophinnen wie Carol Gilligan (geb. 1936), Virginia Held (geb. 1929), Eva Feder Kittay (geb. 1946) und Joan Tronto (geb. 1952) entwickelt wurde, geht die *Care Ethics* weit über Fragen der Geschlechtergerechtigkeit hinaus. Für die Breite ihres Anliegens ist es daher am förderlichsten, sie im Deutschen mit „Fürsorge-Ethik“ zu übersetzen. Diese Fürsorge und alle ihre Implikationen stellen ihre zentralen Werte dar, sind aber auch bereits gelebte moralische Praxis (Held 2006, 9). Am einfachsten verdeutlichen sich die Charakteristika und die Sichtweise der *Care Ethics* in der bereits oben angeregten Unterscheidung zu den klassischen Moraltheorien bzw. zur Prinzipienethik (Porz 2016, 262ff; Porz 2018, 14ff).

1 Beziehungen, Emotionen und Erfahrungen

Während die Prinzipienethik davon ausgeht, dass Menschen grundsätzlich selbstbestimmt handeln können und wollen, und dass wir alle unabhängig voneinander sind, betont die Sichtweise der *Care Ethics* eher das genaue Gegenteil: Wir sind immer in Beziehungen zueinander verhaftet und in (gewollte oder nicht-gewollte) Abhängigkeiten verstrickt. Zudem agieren wir nicht immer rational, sondern empfinden, genießen, unterdrücken und verarbeiten unsere Gefühlswelt. Wir sind auch nicht alle gleich; ganz im Gegenteil, wir unterscheiden uns alle in Geschlecht, Hautfarbe, Herkunft, Möglichkeiten, Fähigkeiten und sozialer Stellung voneinander. Und wir unterscheiden uns in den Erfahrungen, die wir im Leben bislang gemacht haben.

2 Moralische Verantwortung

Die Prinzipienethik geht in ihrer Sichtweise davon aus, dass Menschen Rechte haben. Im Gegensatz dazu betont die *Care Ethics* weniger unsere juristischen Verpflichtungen, sondern vielmehr unsere moralischen Verantwortungen gegenüber Patientinnen und Patienten, unseren Mitmenschen, Freunden, Arbeitskollegen etc. Natürlich lässt sich im Gesundheitswesen nie vermeiden, dass Verantwortung auch immer rechtliche Konsequenzen nach sich zieht, aber es lohnt sich, den Denkschwerpunkt zu ändern und nach der moralischen Verantwortung zu fragen. Denn auch etwas rechtlich Verbotenes kann unter Umständen moralisch richtig sein und umgekehrt gilt es stets zu prüfen, ob eine Handlung die rechtlich erlaubt wäre, nicht doch moralisch falsch sein könnte.

3 Kontext- und Situationsbezogenheit

Die Prinzipienethik geht in ihrer Sichtweise davon aus, dass Situationen verallgemeinerbar und vergleichbar sind. Im Gegensatz dazu betont die *Care Ethics* die Besonderheiten im Kontext jeder neuen Problemsituation. Es wird gar nicht erst versucht, immer alle Situationen mit vorherigen „ähnlichen“ Situationen zu vergleichen, sondern vielmehr die Neuartigkeit und Einzigartigkeit gerade der vorliegenden Situation in den Vordergrund gestellt.

4 Perspektivenwechsel

Die *Care Ethics* geht davon aus, dass die unterschiedlichen Akteure unterschiedliche Sichtweisen zu einer Situation haben können, unterschiedliche Geschichten. So wird den Wert- und Normvorstellungen subjektiver Erzählungen besondere Beachtung geschenkt. Es wird nicht versucht – wie in der Medizin oft verbreitet – Patientengeschichten als objektivierbare

re Fakten darzustellen, im Gegenteil: Erzählungen werden so genommen, wie sie sind, primär phänomenologisch, nicht medizinisch analysiert oder psychologisch durchdrungen.

Theoretische Grundlage ist die Idee, dass die von uns allen ständig durchgeführte Narration in/und über unsere persönlichen Lebenswelten geradezu konstitutiv für eben unsere Identitäten und unser Zusammenleben ist, und dass man aus diesen Narrationen die für den erzählenden Akteur relevanten Werte herauslesen kann.

5 „Giving Voice“

Die Sichtweise der *Care Ethics* will anerkennen, dass nicht jeder und jede die gleiche Macht hat. Nicht jeder kann gleich gut die eigenen Interessen durchsetzen. Manche Akteure im Klinikalltag werden gar nicht als Akteure wahrgenommen, oder ihrer Meinung wird nicht ausreichend Bedeutung geschenkt. Die *Care Ethics* versteht sich somit auch als moralischer Anwalt der Vulnerablen und versucht gerade, denjenigen eine Stimme zu geben, die sonst nicht „gehört“ werden. Dies wird manchmal in dem englischsprachigen Slogan „giving voice“ ausgedrückt und kann – je nach Situation – für die Patienten, ihre Angehörigen, aber auch für das Gesundheitspersonal selbst die Stimme erheben.

Diese fünf Grundcharakteristika der *Care Ethics* möchten wir im Folgenden kurz an einem logopädischen Fallbeispiel illustrieren. In vergleichbarer Manier führen wir in unserem Arbeitsalltag auch Ethik-Konsultationen in ethischen Problemsituationen durch.

Ein Fallbeispiel

Die folgende Situation von Herrn Otto (Name und Daten wurden abgeändert) schilderte uns eine Logopädin, die im Rahmen einer schweren Dysphagie konsiliarisch hinzugezogen wurde:

„Herr Otto, 85 Jahre, hatte einen schweren Schlaganfall erlitten. Eine Untersuchung des Schluckens ergab, dass er bei Flüssigkeiten aspirierte und sein reflektorischer Hustenstoß nicht sehr kräftig war. Er verschluckte sich auch bei Brot und krümeliger Konsistenz. Seine Koststufe wurde dementsprechend eingestellt. Er wurde ausführlich im Beisein seiner Tochter und deren Mann darüber informiert. Morgens trinkt Herr Otto gerne seinen Kaffee, der nun angedickt werden musste. Als ich letzten Dienstag wieder auf Station kam, hatte ich Herrn Otto zur Kontrolle auf meiner Liste. Trotz Kosteinstellung gab es wohl Hinweise auf eine eventuelle Aspirationspneumonie, so stand es auf meinem Konsiliaranforderungsschein. Als ich ins Zimmer kam, trank

Herr Otto gerade seinen Kaffee, der nicht angedickt war. Er verschluckte sich sofort und hustete nur schwach. „Herr Otto“ sagte ich, „wir hatten doch vereinbart, dass der Kaffee angedickt werden muss.“ „Jaja, aber der beschmeckt dann nicht. Da habe ich mich beschwert und jetzt kann ich ihn wieder so trinken.“ (hier wurde er von mir gerade übersetzt, denn er hat eine schwere Sprechstörung und die Stimme klingt sehr verwaschen!) Im Team wurde der Fall besprochen, ich fragte nach, warum es zu dieser Entscheidung kam und wer dafür die Verantwortung trage. Eine Pflegekraft meinte: „Das ist so ein alter Mann, den müsst ihr doch nicht noch immer mit so einer angedickten Plörre quälen. Das ist doch keine Lebensqualität.“ Daran schloss sich ein Assistenzarzt an: „Man sollte das in diesem Alter und auf der Geriatrie hier wirklich nicht mehr so streng sehen. Auf der Stroke Unit mag das anders sein. Hier geht es doch um Lebensqualität.“ Ich ging sehr verwirrt aus dieser Teamsitzung und meldete den Fall für eine ethische Fallkonferenz an. Seit einigen Monaten gab es diese Möglichkeit in der Klinik und ich wollte dieses Forum wahrnehmen, um meine eigene Perspektive zu überprüfen.“

Anhand der oben dargestellten fünf Grundcharakteristika versuchen wir nun das Ganze durch die Brille der *Care Ethics* zu betrachten:

1 Beziehungen, Emotionen und Erfahrungen

Der erste sich in diesem Fallbeispiel offenbarende Aspekt ist, dass die Beziehung zwischen der Logopädin und dem Patienten und dem Team nicht intakt ist. Die Logopädin wird – scheinbar – in ihrer Professionalität nicht ernst genommen. Es bleibt darüber hinaus unklar, ob und inwiefern der Patient dazu in der Lage ist, seine eigenen Entscheidungen urteilsfähig zu treffen, da er im Beisein seiner Angehörigen aufgeklärt wurde. Diesem Beziehungsgefüge gilt es Rechnung zu tragen. Festhalten können wir deshalb auch, dass die größte berufsethische Unsicherheit wohl von der unklaren Beziehung zwischen Logopädin und übrigen Team ausgeht.

Des Weiteren besitzen die geäußerten Emotionen, Erfahrungen und auch Sorgen der jeweils Beteiligten in der *Care Ethics*-Perspektive moralisch relevantes Gewicht. Sowohl die Enttäuschung von Herrn Otto über den Geschmack des angedickten Kaffees; die von der Pflege und dem Arzt als Einschränkung und Qual empfundene Verabreichung der Dysphagiekost; also auch die Sorge der Logopädin für den Gesundheitszustand des Patienten müssen in der moralischen Abwägung gehört, nicht kleingeredet und respektiert werden. So könnte eine – mit klassischen Moraltheorien

begründete – rigorose Pflicht zur Andickung des Kaffees zwar richtig erscheinen, dadurch aber Sorgen, negative Gefühle und Schaden am wichtigen Beziehungsgefüge zwischen Team und Patient verursachen. Die *Care Ethics* stellt diese emotional-relationalen Folgen besonders in den Mittelpunkt.

2 Moralische Verantwortung

Die juristische Verantwortung trägt hier sicherlich der leitende Arzt. Aber es war die Pflegenden, die die moralische Verantwortung übernommen hat, den Wunsch nach normalem Kaffee von Herrn Otto direkt in die Tat umzusetzen. Eine Betrachtung der Situation nach der *Care Ethics* offenbart nun, dass – auch wenn die juristische Verantwortung klar ist – die moralische Verantwortung alltäglich in der Beziehung und im konkreten Handeln zwischen dem Wunsch des Patienten und dem Handeln der Pflegenden und der Logopädin neu verhandelt wird. Stellt sich doch bei jeder Mahlzeit neu die Frage, ob es nun moralisch richtig oder falsch ist, die Getränke anzudicken. Und mit dieser Frage sind täglich die Logopädin, die Pflegenden und die Angehörigen konfrontiert – trotz der juristisch geklärten Situation. Diese alltägliche, in der konkreten Beziehung immer wieder neu austarierte moralische Verantwortung ist – aus der Perspektive der *Care Ethics* – hier viel bedeutsamer. Darüber hinaus gilt es, vorausgesetzt Herr Otto ist noch urteilsfähig, die Frage der moralischen Verantwortung auch mit ihm zusammen zu klären. Denn eventuell kann Herr Otto die Entscheidung des Teams erleichtern durch sein eigenes Abwägen, welche Werte er als richtig erachte und welche Handlungsweise geboten sei.

3 Kontext- und Situationsbezogenheit

Ein sicherlich sehr interessanter Kontextfaktor dieser Situation ist ihre scheinbare Trivialität. Es geht weder um Transplantation, Sterbehilfe oder eine genetische Manipulation, sondern vordergründig um Kaffee. Da der Genuss dieses Kaffees aber potenziell schwerwiegende gesundheitliche Folgen für Herrn Otto haben kann, gibt es keinen Grund, diese Situation als ethisch „weniger relevant“ als andere Situationen einzustufen. Besonders die *Care Ethics* gibt dieser Situation den vollen Stellenwert. Denn für sie bergen besonders diese Alltagssituationen, die sich aus Beziehungen, Gefühlen und Abhängigkeiten wie im vorliegenden Fall ergeben, ein großes moralisches Konfliktpotenzial. Die im Fall von Herrn Otto scheinbar vorliegende Trivialität verdeutlicht in Wahrheit seine große ethische Relevanz.

Weil die *Care Ethics* sich stets für eine situationsbezogene Betrachtung stark macht, sucht sie im Falle von Herrn Otto keine rigorose

se moralische Allgemeinlösung, die die Frage beantwortet, ob es richtig ist, 365 Tage im Jahr zu allen Mahlzeiten den Kaffee von Herrn Otto anzudicken. Stattdessen gibt sie die Möglichkeit, auch Ausnahmen mit moralischem Wert zu versehen. Sie fragt danach, was ist heute in dieser Mahlzeit und mit der heutigen Befindlichkeit richtig. Demnach kann es moralisch richtig sein, an manchen Tagen – stets nach konkreter Situation und Stimmungslage von Herrn Otto (zum Beispiel, wenn er besonders traurig ist über die Dysphagie-Getränke) –, die Andickung wegzulassen. Die *Care Ethics* würde dann aber auch verantwortungsbewusst die Folgen mit Herrn Otto zusammentragen; bei ihm bleiben, für den Fall, dass er sich verschlucken sollte. Sie würde sich nicht abwenden und sagen: „Das ist nun Ihre Schuld, Herr Otto, die müssen sie nun allein übernehmen.“

4 Perspektivenwechsel

Alle Perspektiven sind hier interessant, die der Pflegenden und des Arztes, die den Kaffeegenuss zur letzten „Lebensqualität“ hochstilisieren, die Patientensicht selbst (von der man durch das Fallbeispiel relativ wenig erfährt), und die Perspektive der Logopädin, die sich offensichtlich wenig ernst genommen fühlt und aus deren Sicht die eigene professionelle Rolle durch alle anderen Beteiligten nicht ernst genommen wird. Diese Situation sollte sicherlich in einer ethischen Fallbesprechung nachbereitet werden, um alle Perspektiven transparent zu machen, um jeder Perspektive eine reale Chance zu geben, aber auch um zu prüfen, was jeder Beteiligte unter großen vorgeschobenen Worten wie „Lebensqualität“ versteht und inwiefern solche Begriffe unser Handeln anleiten können.

5 „Giving Voice“

Ja, wem müsste man jetzt hier helfen, eine „Stimme“ zu verleihen? Dem Patienten, den man vielleicht selbst noch nie gefragt hat, was er überhaupt unter Lebensqualität versteht? Der Pflegenden, um sie erklären zu lassen, auf welcher Basis sie Entscheidungen zur Lebensqualität anderer Menschen trifft? Dem Assistenzarzt, um ihn besser darin zu verstehen, was er unter den unausgesprochenen Unterschieden zwischen einer Stroke Unit und der Geriatrie versteht? Oder der Logopädin, der es in diesem Team nicht gelingt, ihre volle Professionalität und damit das gesamte Wissen ihrer Disziplin einzusetzen? Eine an den Grundlagen der *Care Ethics* durchgeführte Fallbesprechung könnte diesen Fragen zur Klärung verhelfen. Denn in ihr könnten die oben getätigten Aussagen jeder einzelnen Position, auch der am wenigsten Beachteten wie Herrn Otto selbst, gleichberechtigt gehört und analysiert werden.

Die Care Ethics als Gewinn : LITERATUR

Das Beispiel von Herrn Otto verdeutlicht Besonderheiten unseres Gesundheitswesens: Im Mittelpunkt stehen immer Beziehungen zwischen pflegerisch-therapeutischen Gesundheitsberufen, die moralische Verantwortung übernehmen für (zeitweilig) unterstützungsbedürftige, nicht vollständig unabhängige autonome Patientinnen und Patienten. Diese Beziehungen können geprägt sein von Emotionen, Empathie, Professionalität und/oder Anteilnahme.

Die Care Ethics berücksichtigt diese Eigenschaften in ihrer Reflexion und verleiht ihnen Wert und Gewicht. Anstatt an dieser Stelle abstrakt generelle Prinzipien rational aus einer universalen Perspektive abzuleiten und zu fragen, wie man immer und überall für alle Menschen in solch einer Situation handeln würde, richtet sich der Blick und die Praxis der Care Ethics konkret auf Herrn Ottos Situation, unterstützt ihn in diesen Abhängigkeiten und gibt darüber hinaus allen Beteiligten eine Stimme. Und weil der allzu menschliche Fall von Herrn Otto gerade so alltäglich, trivial und doch so beispielhaft ist, verdeutlicht er die besondere Anschlussfähigkeit der Care Ethics für die berufsethische Reflexion von Logopädinnen und Logopäden.

Logopädie und Ethik sind verbunden in der Sprache. Doch diese Verbundenheit geht – wie wir sehen – sogar darüber hinaus und reicht tiefer: Denn sowohl die Logopädie als auch die Care Ethics können – jeweils auf ihre eigene Weise – denjenigen wieder eine Stimme geben, die sonst nicht gehört werden können: „Giving Voice!“

Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (2013). *Principles of biomedical ethics*. Oxford: Oxford University Press

Fleischacker, S., „Adam Smith's Moral and Political Philosophy“, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Spring 2017 Edition)*, Zalta, E.N. (Hrsg.), <https://plato.stanford.edu/archives/spr2017/entries/smith-moral-political/> (27.10.2020)

Held, V. (2006). *The Ethics of Care. Personal, Political, and Global*. New York: Oxford University Press

Porz, R. (2016). Ethische Theorien als gedankliche Tools – die Care Ethics. *Schweizerische Ärztezeitung* 97 (7), 262-265

Porz, R. (2018). Care Ethics ist nicht gleich Pflegeethik. In: Riedel, A. & Linde, A.C. (Hrsg.), *Ethische Reflexion in der Pflege* (14-19). Heidelberg: Springer

Singer, P. (2013). *Praktische Ethik*. Stuttgart: Reclam



Christoph Kerwien studiert Philosophie, Theologie und Germanistik an der Universität Bern und arbeitet als diplomierter Pflegefachmann am Universitären Notfallzentrum des Inselspitals Bern. Neben jahrelanger Berufserfahrung in der somatischen und akutpsychiatrischen Notfallpflege in Berlin und Bern liegt sein universitärer Studienschwerpunkt in Fragen der Moralthorie und der angewandten Ethik.



Prof. Dr. Rouven Porz ist Professor für Medizinethik in Bern in der Schweiz. Er arbeitet als klinische Ethiker im Universitätskrankenhaus in Bern, dem sogenannten „Inselspital“. Gebürtig stammt er aus dem Saarland (Deutschland) und hat einen fachlichen Hintergrund in Biologie, Philosophie und Pädagogik. Er ist der Past-Präsident der EACME (European Association of Centres of Medical Ethics). Sein Forschungsinteresse ist die Schnittstelle von Theorie und Praxis, mit einem besonderen Fokus auf ethischen Theorien wie der Hermeneutik und der Care Ethics.

DOI 10.2443/skv-s-2021-53020210203

KONTAKT

Christoph Kerwien & Prof. Dr. Rouven Porz

Medizinethik

Inselspital Bern

CH-3010 Universitätskrankenhaus Bern

christoph.kerwien@insel.ch

rouven.porz@insel.ch