Pflegeethik und die feministisch orientierte Care-Perspektive

Helen Kohlen

In den letzten 30 Jahren haben diverse Stimmen der Ethik im akademischen wie im gesellschaftspolitischen Diskurs, vor allem im Zuge von ökologischen Herausforderungen, technologischen Entwicklungen, ökonomischen Veränderungsprozessen und in Zeiten einer Pandemie, an Gewicht gewonnen. Diverse Stimmen wollen gehört werden und ihre Akteure möglichst gleichberechtigt partizipieren. Dies ist ein Grundsatz der Demokratie. Dies kann nicht gelingen, ohne sich auf die verschiedenen Lebenswelten und Erfahrungen verschiedener Stimmen einzulassen. Westliche Individualisierungsdominanz steht gegenüber einem stetig zunehmenden Wertepluralismus und Kulturen, die der *Community* und Solidarität mehr Gewicht geben als einer Autonomie des Einzelnen. Die beispielhaft benannten Herausforderungen stellen auch professionelle Akteure im Gesundheitswesen, einschließlich Pflegende, vor neue kommunikative und ethische Herausforderungen. Hinzu kommen aktuell die Themen der Digitalisierung und Technisierung, unter anderem in Form von Pflegerobotik (s. Kap. ► „Digitalisierte Gesundheitsversorgung, Zeitlichkeit und gutes Leben“). Auch sie erfordern ethische Reflexionen in der Pflege unter Berücksichtigung von Diversität, nämlich in Form diverser Ermöglichungsformen der Umsetzung, auch unter Berücksichtigung praxistauglicher feministischer Perspektiven.

Untersuchungen zeigen, dass Pflegende sich an traditionellen ethischen Modellen orientieren und in der klinischen Ethik in der Regel dem dominanten Modell der Prinzipienethik (Beauchamp und Childress 2019) folgen. Ethische Probleme in der Alltagspraxis der Pflege werden in der strikten Anwendung des Modells häufig an den Rand gedrängt und Pflegende bringen ihre eigenen Themen kaum zur Sprache (Kohlen 2021). Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen: Welche Denk- und Lösungsansätze sind für die Entwicklung einer Pflegeethik möglich? Wie kann eine Erweiterung der Reflexion auf allen Ebenen (interaktive Praxis, in der Institution, gesellschaftspolitisch) ermöglicht werden? Wo finden Pflegende ihren Platz und wie finden sie ihre Sprache (s. Kap. ► „Sprache im Kontext von Medizin und Lebenszeit“)? Und: Welche theoretischen Ansätze, Modelle und Konzepte gilt es entsprechend im Bereich der Wissenschaft, der Pädagogik, des Managements sowie in ihren Anwendungsfeldern zu entwickeln?

Leitend für diesen Beitrag ist die Frage nach den alternativen Denkmöglichkeiten für die Praxis jenseits eines vorherrschenden (medizinischen) Diskurses. Denn es braucht diese Distanz

Dieser Beitrag basiert in Teilen auf den Veröffentlichungen der Autorin „Pflegeethik (2023) *Zeitschrift für Didaktik der Philosophie und Ethik* 1:39–47“ und „Care-Praxis und Gerechtigkeit. Der konkrete Andere in Medizin und Pflege (2011) In: Markus Dederich, Martin W. Schnell (Hrsg.): *Anerkennung und Gerechtigkeit in Heilpädagogik, Pflegewissenschaft und Medizin. Bielefeld:* transcript.“

H. Kohlen (✉)
Uniklinik Aachen, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland
E-Mail: hkohlen@ukaachen.de

© Der/die Autor(en) 2026
S. Deppe et al. (Hrsg.), *Handbuch Medizin und Lebenszeit*,
https://doi.org/10.1007/978-3-662-68418-4_43-1

zu vorherrschenden Diskursen, um ein grundsätzliches Bewusstsein für Freiheit zu entwickeln sowie den Mut, die ethischen Fragen zu identifizieren, die im Hier und Jetzt aus der jeweiligen Pflegesituation zu stellen sind. Geoffrey James Warnock hat dieses Plädoyer bereits in den 1970er-Jahren wie folgt auf den Punkt gebracht:

> „When we talk about ‚morals'(or ethics), we do not all know what we mean; what moral problems, moral principles, moral judgements are not a matter so clear that it can be passed over as simple datum. We must discover when we would say, and when we would not, that an issue is a moral issue, and why; and if, as is more than likely, disagreements should come to light even at the stage, we could at least discriminate and investigate what reasonably tenable alternative positions (and ways of thinking) there may be" (Warnock 1967, S. 75).

Einen alternativen Zugang zu ethischen Problemen bietet eine feministisch ausgerichtete Care-Ethik, die im folgenden Beitrag entfaltet werden soll.

Historisch betrachtet entwickelten sich in den 1990er-Jahren parallel zur Geschichte der Bioethik und dem favorisierten Modell der Prinzipienethik theoretische Ansätze einer Care- Ethik (Kohlen 2021). Zu den Care-Ethiken, die Care-Praxis als Ankerpunkt ihrer Konzeptionalisierung sehen, gehören jene der Politikwissenschaftlerinnen Joan Tronto (1993) und Elisabeth Conradi (2001) sowie der Philosophin Margaret Urban Walker. Ihre Ansätze enthalten zentrale Merkmale einer feministischen Perspektive. Die Dimensionen Macht, Ungleichheit und Konflikt sind zentral. Im Anschluss an eine interdisziplinäre Standortbestimmung der Pflegeethik in Deutschland, einer Grundlegung, Pflege und Pflegeethik als Praxis zu verstehen sowie historischen Einlassungen, stelle ich die Ansätze von Tronto, Conradi und Walker vor.

Pflegeethik in Deutschland

Interdisziplinäre Standortbestimmung

In den klassischen akademischen Disziplinen, die sich mit ethischen Fragen und Themen auseinandersetzen (Ökologie, Medizin, Wirtschaft) sind entsprechende Lehrstühle verankert, um Forschung und Lehre in den Bereichsethiken (Umweltethik, Medizinethik, Wirtschaftsethik) zu entwickeln. Hingegen sind die Pflegeethik und ihre originären Themen im deutschsprachigen Raum kaum akademisch vertreten. Während in der Regel jede medizinische Fakultät über einen Lehrstuhl „Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin" verfügt, wird die Pflegeethik überwiegend durch vereinzelte Fachhochschulprofessuren vertreten und damit kaum systematische Pflegeethikforschung betrieben.

Wenn auch zunehmend mehrere deutschsprachige Lehrbücher zur Pflegeethik vorliegen (u. a. Fölsch 2021; Schiff und Dallmann 2021; Hiemetzberger 2020; Monteverde 2020; Riedel und Linde 2018; Körtner 2012; Schnell 2008; Lay 2004) und unter anderen die Herausgeberinnen wie auch Autor*innen des ersten Themenheftes zur Pflegeethik (2019) der Zeitschrift für Ethik in der Medizin stetig in ethischen Fachdiskursen vertreten sind, haben die Themen der Pflege im Vergleich zur Medizin- und Bioethik eher eine marginale Position, was sich unter anderem in der Pflegepraxis am Beispiel empirischer Untersuchungen in Klinischen Ethikkomitees zeigt (Kohlen 2009a, b, 2020). Wenn es um Pflege geht, erfahren pflegeethische Fragen kaum eine systematische Bearbeitung mit anwendungsbezogener Relevanz; die Aufmerksamkeit erfolgt eher sporadisch in Schüben, wie beispielsweise beim Einsatz von Robotik und insgesamt von neuen Technologien (Kohlen und McCarthy 2020).

Pflegeethik als Praxis und ethische Orientierungen

Hartmut Remmers (2000) zeigt in seiner Habilitationsschrift, inwiefern Ethikdiskurse (und Wissenschaftsdiskurse) die Pflegewissenschaft konturieren und welche normativen Orientierungen das pflegerische Handeln als Praxisdisziplin bestimmen. Aus einer praxeologischen Sicht ist eine grundsätzliche Legitimation zu pflegeethischen Fragen offensichtlich: Patient*innen, Bewohner*innen und Gäste wollen gut versorgt und be-

gleitet (gepflegt) werden. Pflegende wollen in der Regel in ihrem Beruf gut pflegen. Die Frage danach, was „gut" ist, hat eine ethische Dimension, verbunden mit der grundsätzlichen Frage: Wie will ich handeln? Was soll ich tun? Gute Pflege im Sinne eines Beitrags zu einem guten Leben und Sterben braucht die Aufrechterhaltung von qualitativen Standards, was Care als Praxis (Versorgung und Begleitung) impliziert. Care als Praxis hat ihre Care-Logik. Care-Logik folgt den Eigenzeiten von Krankheitsverläufen und ihren Gegebenheiten. Es gibt *twists and turns*, das heißt Abweichungen und Überraschungen im sorgenden interaktiven Tätigsein, die sich einer rationalen Vorstellung von linearen Zeitabläufen entziehen (Mol 2008). Folglich ist Care als gute Praxis (Ethik des guten Lebens) auch in den Zeitabläufen dann gut, wenn sie den Erfordernissen von Abweichungen und Überraschungen gerecht wird (s. Kap. ▶ „Zeit und Zeitlichkeit; Medizinischer Fortschritt und Zeit").

Gute Pflege ist abhängig von guten institutionellen und politischen Rahmenbedingungen (Kohlen et al. 2019). Der Blick auf gegebene und gute Rahmenbedingungen verbindet Fragen danach, wie es ist (empirische Ethik), und danach, wie es sein soll (normative Ethik). Pflegewissenschaft als Praxiswissenschaft benötigt empirische Befunde, um Erkenntnisse über die Realitäten des Alltags zu vermitteln. Sie stützen die Entwicklung pflegerischer Konzepte einschließlich ethischer Maßstäbe, die zur Qualitätsentwicklung beitragen und die Argumentationen zur Forderung nötiger Rahmenbedingungen stärken.

Silvia Kühne-Ponesch (2004) versteht Pflege als eine Praxisdisziplin, deren Aufgabe es ist, „einzelne Menschen und Gruppen von Menschen verschiedenen Geschlechts, Alters, kultureller (und sozialer) Prägung in ihrer Gesundheit zu fördern und zu beraten, sie während einer Krankheit im Genesungsprozess zu unterstützen oder, in chronischen, nicht heilbaren Stadien, Wohlbefinden zu ermöglichen und Schmerzen zu lindern" (Kühne-Ponesch 2004, S. 14).

Pflege kann im Sinne dieser Definition als eine professionelle sorgende (care) Praxis verstanden werden (Kohlen 2009a, b). Sie impliziert die Praxis der Achtsamkeit, einschließlich der Herausforderung, Ungleichheiten wahrzunehmen, zum Beispiel in Bezug auf Geschlecht, Alter und soziokulturelle Prägung, das heißt auch, sich überschneidende Ungleichheiten zu erkennen, wie etwa Alter und Geschlecht oder Kultur (Intersektionalität), und passende Handlungsmöglichkeiten zu eröffnen.

Im internationalen Referenzrahmen kann Pflegeethik in Anlehnung an die australische Pflegeethikerin Megan Johnstone (2010) als die Untersuchung aller Arten von ethischen und bioethischen Fragen aus der Perspektive der Pflegepraxis und -theorie definiert werden, die wiederum auf den vereinbarten Kernkonzepten der Pflege beruhen, nämlich: Person, Kultur, Pflege, Gesundheit, Heilung, Umwelt und Pflege selbst. Dies zeigt, dass ein Verständnis von Pflegeethik bzw. Ethik in der Pflege nicht von grundlegenden Konzepten, Modellen und Theorien der Pflege zu trennen ist. Sie sind umfassend in der Pflegeliteratur beschrieben (u. a. Silvia Käppeli 1996; Neumann-Ponesch 2021).

Johnstone betont, dass es ein Merkmal der Pflegeethik sei, die unverwechselbaren Stimmen der Pflegenden anzuerkennen und die Bedeutung von Pflegeerzählungen und Geschichten aus dem Feld ins Zentrum zu rücken (Johnstone 2010, S. 16; Kohlen 2009a, b). Analysen dieser Erzählungen legen nicht nur die Themen der Pflegenden offen, sondern zeigen auch eine andere narrative Struktur, das heißt die Konstellation von Figuren beziehungsweise Personen verändert sich aus dem pflegerischen Blickwinkel und damit auch die Betrachtung der Spannungsfelder, der Konflikte sowie der Lösungsansätze (Kohlen 2009a, b). Narrative Zugänge brauchen Zeit, um den reichhaltigen Perspektiven und alternativen Lösungsmöglichkeiten Geltung zu verschaffen (s. Kap. ▶ „Narrativität und Zeit(lichkeit)").

Treffen Pflegende auf ein ethisches Problem, so werden sie mit mindestens drei basalen Fragen konfrontiert: (1) Was soll ich in dieser Situation tun bzw. wie soll ich zu diesem Thema oder dieser Frage Stellung nehmen? (2) Was ist das Richtige? (3) Was ist das Wichtigste für diese Situation, diesen Menschen, für den ich Verantwortung trage?

Und daran anschließend: Wenn ich den ethischen Prinzipien und beispielsweise den Regeln der Institution folge und sie gleichzeitig mit einem situativen kritischen Blick ergänzen oder in Frage stellen will, wie sieht dann ein gangbarer Weg in dem Fall aus, insofern ich die Prinzipien und Regeln auf der Basis meiner ethischen Reflexion nicht anwenden kann? (4) Wie kann ich sicher sein, dass mein Denken, meine Entscheidungen und Handlungen, die in dieser Situation bzw. zu diesem Thema oder dieser Frage möglich sind, den moralischen Ansprüchen gerecht werden? Und wenn nicht, was ist meine Argumentation, die herkömmlichen moralischen Ansprüche zu verlassen? In Kürze: Wie kann ich sicher sein, dass meine ethische Orientierung richtig ist, beziehungsweise, dass ich die richtige Auswahl zwischen verschiedenen ethischen Orientierungen getroffen habe oder mich gegen die möglichen Orientierungen entschieden habe?

Was bieten international anerkannte Ethikkodizes und der Mainstream an ethischen Orientierungen für die Pflegeethik?

Eine relativ weite ethische Orientierung bieten Ethikkodizes, insbesondere der International Code of Nurses. Je nach Anwendungsfeld bedarf es einer Übersetzung der Kodizes, das heißt, es gilt sie gemäß den Kontexten der ethischen Fragestellung zu interpretieren. Konkretere Anweisungen im Praxisalltag bieten ethische Leitlinien, da sie sich in der Regel bereits auf ein spezifisches Handlungsfeld beziehen, wie beispielsweise eine Leitlinie zur Sterbebegleitung in Pflegeheimen (Riedel 2019).

Im Bereich der klinischen Ethik sind es Modelle zur ethischen Entscheidungsfindung, die für den Praxisalltag Instrumente zur Lösung von ethischen Fragen bieten können (u. a. Rabe 2005). Sie beruhen in der Regel auf Modellen der Prinzipienethik, wie dem Vier-Prinzipien-Modell von Tom Beauchamp und James Childress (2019), in dem es bei der Lösungsfindung eines ethischen Problems primär um die vier Prinzipien Autonomie, Benefizienz (Wohltun), Non-Malefizienz (Nicht-Schaden) und Gerechtigkeit geht. Wobei das Reflexionsmodell von Marianne Rabe explizit die soziale Dimension zur ethischen Entscheidungsfindung enthält.

In Bezugnahme auf Ethikkodizes, Leitlinien sowie Pflegeleitbilder versuchen Pflegende im Idealfall in kritischer Auseinandersetzung mit gegebenen Situationen, ihre Vorstellungen vom Guten und Richtigen zu hinterfragen, und beschäftigen sich mit ethisch begründeten alternativen Handlungsmöglichkeiten, beispielsweise im Rahmen einer ethischen Fallbesprechung im Team. In einem multidisziplinären Team können unterschiedliche Blickwinkel je nach Profession und Erfahrungshorizont zum Tragen kommen. Im günstigsten Falle sind die Voraussetzungen gegeben, dass auch An- und Zugehörige von Patient*innen sowie die Patient*innen selbst an ethischen Entscheidungsfindungsprozessen partizipieren.

Wenn die Warnung von Lavinia Lloyd Dock (1900) auch bereits mehr als ein Jahrhundert zurückliegt, so hat sie bis heute Geltung: „Kodizes wie auch andere Regeln und Formen einer Regulierung können jenen dienlich sein, die ‚jung und unerfahren in der Selbstkontrolle sind'" (Dock 1900, S. 20), aber sie ersetzen die ethische Reflexion nicht. Und nun?

Letztlich geht es um eine Einladung zur kritischen Meta-Reflexion, um zu prüfen, ob der Weg der Lösung, Methode, Modell und Orientierungsrahmen den Herausforderungen und vielleicht befremdlichen Fragen genügt.

Themenbereiche der Pflegeethik

Um in Bezug auf Strategien (in Deutschland) den unterschiedlichen Herausforderungen gewachsen zu sein, hatte Reinhard Lay (2004) in einem der ersten Lehrbücher den Vorschlag gemacht, zwischen verschiedenen „Handlungsfeldern der Pflege" zur pflegeethischen Reflexion zu differenzieren, nämlich zwischen „Pflegepraxis, Pflegemanagement, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft" (Lay 2004, S. 64 ff.).

Letztlich ist es neben einer Ausdifferenzierung in die verschiedenen Felder zur Differenzierung verschiedener Themenbereiche gekommen, etwa Pflegeethik in der Endphase des Lebens, Migrationssensitive Ethik, Forschung und Pflegeethik sowie die Vermittlung einer Ethik in der Pflege.

Ebenfalls hat Monteverde (2020) sich mit den Verhältnisbestimmungen in der Pflegeethik beschäftigt, die ihr Verhältnis zu Pflegeethos, Care-Ethik, Gesundheitsethik, der ärztlichen Profession allgemein und der ärztlichen Profession und Medizinethik definieren (Monteverde 2020, S. 35–39).

Die seit 2020 gültigen gesetzlichen Rahmungen der Pflegeausbildung weisen der Ethik explizit Relevanz als Gegenstand und Kompetenzbereich zu (§ 5 Abs. 2 und 4 PflBG). Folgende Fragen sollten aufgeworfen werden: Welche Gestalt soll eine professionelle Pflegeethik mit welchen Zielen annehmen? Welche Inhalte sollten in welchem Ausbildungsstadium vermittelt werden und welche Perspektiven – theoretisch und methodisch – sollten Pflegenden eröffnet werden, um zum Beispiel Fragen zu Ungleichheit, etwa in Bezug auf Gender, in den ethischen Diskurs einzubringen?

In Bezug auf die Entwicklung der Forschungsethik ist es notwendig, Klarheit zu gewinnen, welche Forschungsprojekte in der Pflege zukünftig evaluiert werden müssen (unabhängig von einer Selbstverpflichtung), das heißt aus juristischen Gründen einer Ethikkommission vorgelegt werden müssen, und welche nicht. Im Feld der Klinischen Ethik geht es unter anderem um die Frage nach einem Verständnis von Partizipation, das keine passive und symbolische, sondern eine aktive und authentische Beteiligung von Pflegenden in ethischen Fallbesprechungen und Klinischen Ethikkomitees sicherstellt (Kohlen 2020). Hierzu gehört auch, die pflegerische Verantwortung für ethische Fallbesprechungen zu initiieren und der konkreten Beschreibung originär pflegerisch-ethischer Themen Raum zu geben. Auf der gesellschaftlich-politischen Ebene geht es um die Stärkung und den Ausbau der Teilhabe von Pflege an ethischen Stellungnahmen auf nationaler Ebene. Das gilt auch für die Repräsentation von Pflegenden aus deutschsprachigen Ländern in internationalen Ethikdiskursen, beispielsweise die Platzierung von Fachartikeln aus dem deutschsprachigen Raum im internationalen *Journal Nursing Ethics.*

Pflegeethik und feministische Perspektiven

Pflege und Pflegeethik als weibliche Profession

Pflegeethik beinhaltet insbesondere im Feld der klinischen Ethik die Beschäftigung mit den ethischen Dimensionen der professionellen Arbeit und den Praktiken von Pflegenden. Um dies zu bewerkstelligen, bezieht sich Pflegeethik auf traditionelle Theorien wie Deontologie, Utilitarismus sowie in den letzten vier Dekaden auf die Prinzipienethik. Historisch haben diese Theorien beziehungsweise theoretischen Ansätze die Landschaft der Ethik dominiert, navigierend angewandt von professionellen Akteuren im Gesundheitswesen. Dennoch, während Pflegeethik als akademische Disziplin viele Werkzeuge der traditionellen theoretischen Ansätze anwendet, ist sie ebenso engagiert, die einzigartige Geschichte, die Ziele und Praktiken der Pflege reflektierend in den Blick zu nehmen, eben dem Originären des Pflegeberufes im und eventuell auch außerhalb eines vorgefertigten Rahmens traditioneller ethischer Theorien Rechnung zu tragen.

Menschliche Beziehungen und Verantwortlichkeiten, die in situativen Kontexten der alltäglichen Pflegepraxis entstehen, tragen entscheidend dazu bei, wie ein ethisches Problem verstanden und gelöst werden kann. Beziehungen, Kontexte und die Klärung von Verantwortlichkeiten sind wesentliche Merkmale einer praxisorientierten Care-Ethik (siehe Punkt 4). In den 1990er-Jahren betonten die US-amerikanischen Pflegeethikerinnen Anne Bishop und John R. Scudder: „[I]f the moral sense is inherent in nursing, then moral problems appear in everyday practice and are resolvable from within practice“ (Bishop und Scudder 2003, S. 113). Patricia Benner, bekannt als Expertin für empirische Forschungen in der Intensivpflege, hat herausgefunden, dass die Pflegeexpertise ein ethisches Engagement ausmacht, dass einen holistischen Blick auf Patient*innen impliziert (Benner 1984). Die kanadische Pflegeethikerin Janet Storch beschreibt Pflegeethik als „being in relationship to persons in care“ (Storch 2004, S. 7).

Die Geschichte der Pflege ist, ebenso wie die der Pflegeethik, unausweichlich auch eine Geschichte der Frauen. Marsha Fowler (2020) befasst sich mit der Geschichte der Pflegeethik und dem Einfluss feministischer und politischer Perspektiven auf die Entwicklung der Pflegeethik. Sie hat die Entstehung der Pflegeethik vor allem in den USA am Ende des 19. Jahrhunderts untersucht. Die Analyse ihrer Arbeit legt nahe, dass Pflegende sich der sozialen Verortung und Entrechtung von Frauen bewusst waren und dass diese Erkenntnisse ihre Perspektive auf die beruflichen Rollen, Verantwortlichkeiten und ethischen Normen von Pflegenden als Frauen, die unter medizinischer Hegemonie arbeiten, geprägt hat.

Dass Pflege bisher kontinuierlich ein von Frauen ausgeübter Beruf ist, ist kein Zufall oder naturgegeben. Es handelt sich um eine sozialhistorische Tatsache, dass die Sorgearbeit bis heute (erfolgreich) an Frauen delegiert wird. Folgerichtig ist es notwendig, dass im Zusammenhang jeglicher Fragen in Bezug auf die „moralische Natur" und den Umfang der Pflegepraxis, die Frage des Einflusses von Gender gestellt werden muss und damit eine feministische Perspektive auf Pflegeethik eröffnet wird.

Feministische Perspektiven

Der Feminismus lehrt uns, dass soziale Beziehungen, sei es zwischen Individuen oder zwischen Individuen und Institutionen, grundlegend von den Machtunterschieden geprägt sind, die durch soziale und politische Strukturen geschaffen werden, die es einigen Gruppen ermöglichen andere zu dominieren.

Wie es verschiedene theoretische Ausgangspunkte gibt, um sich einem Gegenstand im Rahmen der Ethik zu nähern, existiert keine singuläre feministische Perspektive in der Ethik. Was feministische Perspektiven in der Ethik auf den ersten Blick eint, ist die Kritik an tradierten Ansätzen. Feministische Ansätze in der Ethik berücksichtigen generell den Einfluss, den Gender in Bezug auf Positionen und Rollen hat, sowie den Einfluss geschlechtsspezifischer Auffassungen, die das moralische Leben von einzelnen Menschen und Gruppen betreffen. Darüber hinaus wecken sie Aufmerksamkeit für Macht und Machtunterschiede sowie Fragen nach Verantwortlichkeiten, die moralischen Beziehungen inhärent sind, sowohl auf der individuellen Ebene als auch auf der organisationalen und gesellschaftlichen Ebene.

Eine feministische Brille aufsetzen bedeutet, eine Marginalisierung und Entmachtung von Frauen in einer sexistischen Gesellschaft in den Blick zu nehmen; sie zeigt auch Sensibilität für die Art und Weise, wie unterdrückerische Strukturen und Machtungleichgewichte zwischen verschiedenen sozialen Gruppen aufgrund von Alter, Ethnie, Klasse, sexueller Orientierung und Identität erlebt werden. Angewandt auf das Gesundheitswesen, haben diese feministischen Ethikansätze den Bereich der Ethik im Gesundheitswesen erweitert, um die sozialen, wirtschaftlichen, kulturellen und politischen Dimensionen von moralischen Entscheidungsfindungsprozessen im Gesundheitswesen mit einzubeziehen (vgl. Kohlen und McCarthy 2020, S. XV). Die feministisch orientierte kanadische Philosophin Susan Sherwin bringt dies wie folgt auf den Punkt:

> „(M)edical and other health care practices should be reviewed not just with regard to their effects on the patients who are directly involved but also with respect to the patterns of discrimination, exploitation, and dominance that surrounds them" (Sherwin 2012, S. 4–5).

Eine tiefer gehende Beschäftigung mit feministischer Ethik verweist auf Ausdifferenzierungen mit unterschiedlichen Spezifika. Gemeinsame Merkmale unterschiedlicher Ansätze sind: (1) ein ontologisches Verständnis von Personen als verbunden, voneinander abhängig, einzigartig situiert und sowohl rational als auch emotional im Gegensatz zu einem Verständnis, das Personen als autonom, unabhängig, rational und unbelastet charakterisiert; (2) ein Verständnis von Beziehungen, Verhältnissen und Relationen, die auf allen Ebenen (Mikro, Meso, Makro) von Machtunterschieden und ihren Dynamiken durchdrungen sind.

Pionierarbeiten in der Pflegeethik haben eine gemeinsame Basis zwischen Pflegeethik und feministischer Ethikforschung geschaffen (Fry 1989; Liaschenko 1993; Bowden 2000; Rodney

et al. 2004; Storch 2004; Peter and Liaschenko 2003).

Elisabeth Peter und Joan Liaschenko (2020) erinnern uns daran, dass die feministischen Anliegen, die von Pflegeethikerinnen im 19. Jahrhundert artikuliert wurden, auch im 21. Jahrhundert fortbestehen. Sie machen auf das transformative Potenzial feministischer Perspektiven aufmerksam, um die Pflegepraxis in Beziehung zu Ethnie, Klasse, Geschlecht usw. zu setzen und das unterdrückerische sowie auch das emanzipatorische Potenzial von Macht zu verstehen.

Helen Kohlen (2009a, 2020) konnte in ihrer Situationsanalyse nach Adele Clarke (2005) im Feld der Bioethik die historische Dominanz der Prinzipienethik im Vergleich zur Care-Ethik nachweisen und mittels teilnehmender Beobachtungen zeigen, welche Formen der Reduzierung und Auslassungen von sozialen und kulturellen Dimensionen eine Anwendung der Prinzipienethik in Klinischen Ethikkomitees (KEKs) mit sich bringt. Die Studie zeigt, wie die in den Komitees verhandelten ethischen Themen aus der Perspektive einer feministischen Care-Ethik eine erweiterte Problematisierung um die bereits genannten Dimensionen erfahren können und entsprechend alternative Lösungsmöglichkeiten gefunden werden können. Diese werfen in der Regel Fragen nach Ressourcen auf, wie ausreichend Räume, Personal, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten, eben jene, die ungelöst eine Reihe von ethischen Problemen verursachen.

Feministische Care-Ethik als Praxis

Ausgangspunkte der Care-Ethik: Care als Praxis, Angewiesenheit

Die Konzeptionalisierung von Care als Praxis unterscheidet sich grundsätzlich von einem Ansatz, der Care als Prinzip oder Emotion versteht. Care als Praxis zu fassen impliziert, dass Überlegungen und Handlungen eine Rolle spielen: Gedanken und Handlungen stehen in einer Wechselbeziehung und sind auf ein bestimmtes Ziel gerichtet (Tronto, 1993, S. 108).

Wenn Care als Praxis auch Begegnung und Vertrauen ermöglichen soll, geht es darum, Beziehungen zu Menschen wachsen zu lassen und sie zu stärken, unabhängig davon, ob diese Beziehungen freiwillig eingegangen werden, oder gesellschaftlich oder beruflich vorgeschrieben sind. *Twists and turns,* d. h. stetige Änderungen und Richtungswechsel von Abläufen und Aktivitäten, sind für eine Care-Praxis eher typisch. Sie entsprechen der von Annemarie Mol (2008) identifizierten Care-Logik und sie lassen Entschleunigungen von Arbeitsprozessen zu, da eine bestmögliche Versorgung und Begleitung trotz widriger Umstände, wie z. B. der verzögerten Lieferung eines notwendigen Medikaments oder einer medizinischen Krise (unerwartetes Herzflimmern), erreicht werden soll. Es geht um eine Entschleunigung, die den Herausforderungen und Lösungsprozessen aufgrund von unkalkulierbaren Ereignissen, Konflikten und Irritationen in Versorgungsabläufen und in der Begleitung von Patient*innen, An- und Zugehörigen gerecht wird.

Im Sinne einer Care-Ethik als Praxis sind Menschen Beziehungswesen. Care-Ethik fragt nach dem konkreten Anderen in Situationen von Verletzlichkeit, Gebrechlichkeit und Angewiesenheit. In Care-Beziehungen entsteht Verantwortung im guten Umgang miteinander. Aber auch Dynamiken der Macht und Konflikte sind Beziehungen eigen. Sie sind institutionell eingebettet und die vorhandene institutionelle Struktur hat Einfluss darauf, ob und inwiefern eine Care-Praxis gelingen kann. Die Klärung der Verantwortlichkeiten auf der institutionellen Ebene kann auf dem Gebiet der Organisationsethik Klärung finden.

Joan Tronto und Elisabeth Conradi: Ethische Praxis, Macht und Konflikte

Auch wenn die folgenden Phasen und ethischen Dimensionen in der Praxis miteinander verwoben

sind, so hilft die Differenzierung nach Tronto, Caring als einen gehaltvollen und umfassenden Prozess zu verstehen. Zunächst geht es darum, (überhaupt) zu bemerken, dass ein Bedürfnis existiert (*Caring about*) und sich für eine angemessene Aktivität angesprochen zu fühlen. Es wird eine entsprechende Einschätzung vorgenommen, und die anteilnehmende Person versucht dabei, sich in die Perspektive einer anderen Person oder einer Gruppe zu versetzen. In einer zweiten Phase ist es entscheidend, für die identifizierten Bedürfnisse die Verantwortung zu übernehmen sowie darüber nachzudenken, wie eine Unterstützung oder Pflegehandlung konkret aussehen kann. Dafür ist die Wahrnehmung der eigenen Handlungsmächtigkeit erforderlich. Gegebenenfalls bedarf es organisatorischer Unternehmungen sowie kollektiver Handlungsweisen. In einem dritten Schritt vollzieht sich das eigentliche Versorgen (*care giving*). Dieses beinhaltet körperliche Aktivitäten und das In-Kontakt-Treten mit dem zu versorgenden Menschen. Schließlich folgt eine Antwort auf das Versorgen (*care receiving*), die zeigt, ob die Versorgung adäquat geschehen ist. Tronto verbindet diese Phasen mit ethischen Dimensionen. Sie spricht von (a) Achtsamkeit, (b) Verantwortlichkeit, (c) Kompetenz und (d) Resonanz. Durch Achtsamkeit werde erkannt, dass ein Bedürfnis vorliegt, das Aufmerksamkeit verlangt und Ignoranz als ein moralisches Übel nicht zulasse. Verantwortlichkeit als zweite ethische Dimension unterscheidet sich bei Tronto von einer Erfüllung von Pflichten. Es gelte, die Hintergründe und Entstehung von Konflikten bei einer Verantwortungsübernahme zu klären und Verantwortungsfragen auch in politische Debatten mit hineinzutragen. Auch eine Kritik an hierarchisierenden Vorstellungen von Klasse, Geschlecht und kulturell-ethnischer Zugehörigkeit dürften nicht ignoriert werden. Laut Tronto bilden auch Fragen der Kompetenz eine ethische Dimension in der Ausgestaltung von Care. Stehen zur Versorgung fachliche Ressourcen (z. B. Pflegepersonalmangel) nicht zur Verfügung oder besteht eine eigene Unzulänglichkeit, muss eine andere fachkundige Person die Versorgung übernehmen. Die Resonanz hat für Tronto eine ethische Dimension, weil Care eine Praxis ist, die mit Verletzlichkeit einhergeht. Engagierte Sorge ist in ihrem Sinne stets mit Bedingungen der Ungleichheit befasst und die vorhandene Abhängigkeit ist vor Missbrauch zu schützen.

Elisabeth Conradi (2001) hat mit Blick auf die Pflege notwendige Grundlagen für weitere pflegewissenschaftliche und praxisrelevante Überlegungen erschlossen. Sie knüpft an die Ausführungen von Carol Gilligan (1982) an, die Care als eine umfassende Perspektive der Verbundenheit und Bezugsrahmen für moralische Entscheidungen versteht. Allerdings warnt Conradi davor, Macht- bzw. Herrschaftsverhältnisse außer Acht zu lassen. Care, verstanden als eine interaktive menschliche Praxis, umfasst den Aspekt der Bezogenheit ebenso wie sorgende Aktivitäten. Im Verlaufe von Care-Interaktionen entsteht zwischen den daran beteiligten Menschen eine Beziehung. Die Beziehung ist nicht frei von Fragen nach Macht und Konflikten.

Care-Aktivitäten, insbesondere in der Pflege, haben zumeist mit körperlichen Berührungen zu tun. Fühlen, Denken und Handeln sind dabei miteinander verwoben. Die Ethik einer Care-Praxis beinhaltet dabei die ethische Reflexion affektiv-emotionaler Anteile. Gerade in Care-Interaktionen geht es darum, Menschen in ihrer Unterschiedlichkeit eines Verständnisses von Autonomie zu achten und nicht Autonomie vorauszusetzen. Nicht Autonomie und Konsens stehen im Fokus einer Care- Ethik, sondern Bezogenheit und Dissens.

Es lässt sich aus dem Ansatz von Tronto und Conradi resümieren: Selbstverständlich kann Care nicht stets ein problemfreier Prozess sein, da Konflikte kaum vermeidbar sind. Auch wenn diese Phasen im Idealfall reibungslos miteinander verbunden sein sollten; in der Realität sind Konflikte innerhalb jeder dieser Phasen sowie zwischen ihnen wahrscheinlich.

> „Nurses may have their own ideas about patients' needs; indeed they may 'care about' patients' needs more than the attending physician. Their job, however, does not often include correcting the physici-

an's judgement; it is the physician who 'takes care of' the patient, even if the care-giving nurse notices something that the doctor does not notice or consider significant. Often in bureaucracies those who determine how needs will be met are far away from the actual care-giving and care-receiving, and they may well not provide very good care as a result" (Tronto 1993, S. 109).

Margaret Urban Walker: Ungleichheit und Klärung von Verantwortlichkeiten

Die Möglichkeit eines Denkens, das soziale, moralische und ethische Dimensionen der Alltagspraxis vereint und den Fragen nach Ungleichheit Rechnung trägt, bietet der theoretische Ansatz von Margaret Urban Walker (1998). Die Philosophin hat, wie auch andere feministische Kritikerinnen, Zweifel am moralischen Theoretisieren, ohne konkrete Lebenszusammenhänge und historische Bezüge zu berücksichtigen. Darüber hinaus kritisiert sie einen Mangel an Hinwendung zu den Bedürfnissen von einzelnen Individuen in besonderen Situationen.

Einen theoretischen Ansatz, der kulturelle und soziale Erfahrungswelten einzelner Menschen und Gruppen außer Acht lässt, bezeichnet Walker als ein theoretisch-juridisches Modell. Sie beschreibt ihre Überlegungen als: „… an exercise in transparency (that is) meant to test our thoughts about what we do and whom we take to be judges" (Walker 2003, S. 182).

Walker plädiert dafür, die moralischen Autoritäten „unserer Praktiken" zu hinterfragen. Dabei soll aufgedeckt werden, in welche Richtung sie sich bewegen, was sie tatsächlich bedeuten und was es heißt, mit ihnen zu leben. Dabei gelte es auch, die an Macht gebundenen Verhältnisse zu untersuchen und den eigenen moralischen Standpunkt deutlich zu machen. Für Walker (1998, 2003) ist moralisches Wissen nicht von sozialem Wissen trennbar und moralische Praktiken nicht von sozialen Praktiken. Sie vermischen sich und sind im Zusammenhang mit sozialen Positionen und Rollen zu sehen.

Walkers Ansatz versteht unter Moral und unter Ethik etwas, das wir nicht nur allein tun, sondern auch gemeinsam, denn wir begeben uns im Sinne Walkers in gemeinsame Reflexionsprozesse, um Verantwortlichkeiten zu klären. Moralische Praxis und angewandte Ethik sind nicht trennbar von einer Klärung von Verantwortlichkeiten. Sie konkretisiert ihre Überlegungen in Form folgender Frage: wer trägt für was Verantwortung sowie akzeptiert, delegiert, scheut oder lehnt Verantwortung ab und wer verhandelt sie warum neu? (1998, S. 10)

Was soziale Praktiken für einzelne Gruppen bedeuten und wie Verantwortlichkeiten zugeschrieben werden, hängt für Walker von unseren eigenen Leistungen, aber auch von Klasse, Alter, Geschlecht und *Race* ab. Es sind die sozialen Kräfte, die es erlauben, dass einige Menschen Verantwortung für Dinge übernehmen, die Spaß machen und zu Anerkennung führen, während anderen Menschen diejenigen verantwortlichen Praktiken auferlegt werden, die sie von den guten Dingen im Leben abhalten.

Im Feld der klinischen Ethik spricht Walker in ihrem Aufsatz „Keeping moral space open – new images of ethics consultation" (1993) von einer spezifischen Verantwortung, die Ethiker*innen als Berater*innen zukomme, nämlich: „… to keep open, accessible, and active those moral reflective spaces in institutional life where a sound and shared process of deliberation and negotiation can go on" (Walker 1993, S. 38).

Ein gemeinsamer ethischer Deliberationsprozess impliziert auch die aktive Einbindung der pflegerischen Perspektive und ganz im Sinne Walkers die Klärung von Verantwortlichkeiten. Dabei gilt es für alle Beteiligten in Entscheidungsfindungsprozessen, die Thematisierung von Ungleichheit und Ungerechtigkeiten, beispielsweise in Bezug auf Alter und Geschlecht, in die ethische Reflexion einzubeziehen.

Resümee

Ethische Reflexion in Bezug auf soziale Positionen, Ungleichheiten und Verantwortlichkeiten sind für eine zukunftsfähige Pflegeethik unabdingbar.

Oft stehen Vorstellungen, wie Pflege sein soll, mit realen sozialen (Macht-)Verhältnissen und u. a. ökonomischen sowie technologischen Bedingungen, d. h. einem komplexen Praxisumfeld, im Spannungsverhältnis. Vorhandene ethische Orientierungsangebote, wie der ICN-Code oder das Prinzipienmodell nach Beauchamp und Childress (2019) zur ethischen Entscheidungsfindung können hilfreich sein. Sie entbinden die Akteure der Pflegeethik aber nicht von der Verantwortung, eigenständige Fragen zu stellen, die sich den traditionellen Denkmodellen entziehen.

Letztlich hat der kritische Hinweis von Warnock aus den 1970er-Jahren bis heute Geltung, denn er weist auf die Möglichkeiten eines Denkens in Alternativen hin, auch für die Disziplin der Ethik und die Professionen im Gesundheitswesen. Folgende Fragen lassen sich für die Pflege ableiten: Was meinen Akteur*innen im Feld der Pflege, wenn sie von einem moralischen Problem sprechen? Was bewegt sie warum? Und inwiefern sind ethische Prinzipien hilfreich oder nicht? Welche Erkenntnisse aus welchen wissenschaftlichen Disziplinen sind zutreffend für das Pflegerische und in welcher Sprache müssen sie übersetzt werden, um die reale Welt der Pflege abzubilden? Antworten haben nur vorübergehend Bestand. Wer sich mit (Pflege-)Ethik beschäftigt, geht immer aufs Neue den – vorläufig und in Grenzen geklärten – Fragen nach.

Eine feministisch ausgerichtete Pflegeethik, die die Praxis der Sorge (Care) als Grundlage der Pflege anerkennt (*feminist ethics of care*) kann einen alternativen theoretischen Rahmen bieten. Denn sie umfasst politische (Macht-)Fragen und die Sorge um verantwortungsbewusste Pflegeaktivitäten, die auch Fragen nach Gerechtigkeit hinsichtlich Gender, Sozialstatus und Ethnizität zulassen. Dieser Fokus impliziert eine Reflexion von Asymmetrien und Machtungleichheiten, die dem Pflegeberuf inhärent sind.

Erklärung zu konkurrierenden Interessen Der/die Autor(en) hat/haben keine Interessenkonflikte zu erklären, die für den Inhalt dieses Manuskripts relevant sind.

Literatur

Beauchamp, Tom, und James Childress. 2019. *Principles of biomedical ethics*, 8. Aufl. New York: Oxford University Press.

Benner, Patricia. 1984. *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company.

Bishop, Anne H., und John R. Scudder, Hrsg. 2003. *Caring, Curing, Coping. Nurse, Physician, Patient, Relationships*, 113. University of Alabama Press: Tuscaloosa.

Bowden, Peta. 2000. An „ethic of care" in clinical settings: Encompassing „feminine" and „feminist" perspectives. *Nursing Philosophy* 1:36–49.

Clarke, Adele. 2005. *Situated Analysis. Grounded Theory after the postmodern turn*. New York: Sage.

Conradi, Elisabeth. 2001. *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit.* Frankfurt a. M.: Campus.

Dock, Lavinia Lloyd. 1900. Ethics – or a Code of Ethics? In *Short papers on nursing subjects*, Hrsg. Lavinia Lloyd Dock, 37–56. New York: M. Louise Longeway.

Fölsch, Doris. 2021. *Anwendung moralischer Prinzipien auf den Pflegealltag*, 4. Aufl. Wien: Facultas.

Fowler, Marsha. 2020. The Influence of the Social Location of Nurses-as-Women on the early developments of Nursing Ethics. In *Nursing Ethics. Feminist Perspectives*, Hrsg. Helen Kohlen und Joan McCarthy, 3–20. Berlin: Springer Nature Switzerland.

Fry, Sara T. 1989. The role of caring in a theory of nursing ethics. *Hypatia* 4(2): 89–103.

Gilligan, Carol. 1982. In a different voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge Massachusetts: Harvard University Press.

Hiemetzberger, Martina. 2020. *Ethik in der Pflege*. Wien: Facultas.

Johnstone, Megan-Jane. 2010. *Bioethics: A nursing perspective*, 5. Aufl. Australia: Elsevier.

Käppeli, Silvia. 1996. *Pflegekonzepte*. Bern: Huber.

Kohlen, Helen. 2009a. *Conflicts of Care. Hospital Ethics Committees in the USA and Germany.* Frankfurt a. M.: Campus.

Kohlen, Helen. 2009b. Klinische Ethikkomitees und die Themen der Pflege. IMEW Expertise: Berlin.

Kohlen, Helen, Annette Riedel, und Constanze Giese. 2019. Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen. Ethik in der Medizin 31/4.

Kohlen, Helen, und Joan McCarthy. 2020. *Nursing Ethics. Feminist Perspectives*. Berlin: Springer.

Kohlen, Helen. 2020. Partizipation von Pflegenden in Klinischen Ethikkomitees. In *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Hrsg. S. Monteverde, 327–337. Stuttgart: Kohlhammer.

Kohlen, Helen. 2021. *Sorge-Ethik als menschliche Praxis im Unterschied zu Technik und Robotik in der Pflege*, Zeitschrift für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE). Wien: IMAGO HOMINIS.

Körtner, Ulrich H. J. 2012. Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.
Kühne-Ponesch, Silvia. 2004. *Modelle und Theorien in der Pflege*. Wien: Facultas.
Lay, Reinhard. 2004. *Ethik in der Pflege. Ein Lehrbuch für die Aus-, Fort- und Weiterbildung*. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
Liaschenko, Joan. 1993. Feminist ethics and cultural ethos: Revisiting a nursing debate. *Advances in Nursing Science* 15(4): 71–81.
Mol, Annemarie. 2008. *The logic of care. Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
Monteverde, Settimo. 2020. *Hanbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
Neumann-Ponesch, Silvia. 2021. *Modelle und Theorien in der Pflege*, 5. Aufl. Wien: Facultas.
Peter, Elisabeth, und Joan Liaschenko. 2020. An Evolution of Feminist Thought in Nursing Ethics. In *Nursing Ethics. Feminist Perspectives*, Hrsg. Helen Kohlen und Joan McCarthy, 23–32. Berlin: Springer Nature Switzerland.
Peter, Elizabeth, und Joan Liaschenko. 2003. Whose morality is it anyway? Thoughts on the work of Margaret Urban Walker. *Nursing Philosophy* 4:259–262.
Rabe, Marianne. 2005. Modell für die ethische Reflexion. In *„Für alle Fälle...“ Arbeit mit Fallgeschichten in der Pflegeethik*, Hrsg. Arbeitsgruppe „Pflege und Ethik“ der Akademie für Ethik in der Medizin e.V. Hannover: Schlüterscher Verlag.
Remmers, Hartmut. 2000. *Pflegerisches Handeln. Wissenschafts-und Ethikdiskurse zur Konturierung der Pflegewissenschaft*. Bern: Huber.
Riedel, Annette. 2019. Ethikkompetenzen vertiefen und verdichten – Welche Rolle kann die Ethik-Leitlinienentwicklung als exemplarische Methode der Ethikdidaktik in der hochschulischen Pflegeausbildung spielen? In *Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen*, Hrsg. Helen Kohlen, Anette Riedel, und Constanze Giese. Ethik in der Medizin, 31(4): 361–390.
Riedel, Annette, und Anne Christin Linde, Hrsg. 2018. *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte, Werte, Phänomene*. Heidelberg: Springer.
Rodney, Patricia, Bernadette Pauly, und Michael Burgess. 2004. Our theoretical landscape: Complementary approaches to health care ethics. In *Toward a Moral Horizon*, Hrsg. Janet L. Storch, Patricia Rodney, und Rosalie Starzomski, 77–97. Toronto: Pearson Education.
Schiff, Andrea, und Hans-Ulrich Dallmann. 2021. *Ethik in der Pflege*. Wien: UTB.
Schnell, W. Martin. 2008. *Ethik als Schutzbereich. Kurzlehrbuch für Pflege, Medizin und Philosophie*. Bern: Huber.
Sherwin, Susan. 2012. *No longer patient. Feminist Ethics and Health Care*. Philadelphia: Temple University Press.
Storch, Judith. 2004. Nursing ethics: A developing moral terrain. In *Toward a Moral Horizon*, Hrsg. Janet L. Storch, Patricia Rodney, und Rosalie Starzomski. Toronto: Pearson Education.
Tronto, Joan C. 1993. *Moral boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
Walker, Margaret Urban. 1993. *Keeping moral space open – Images of ethics consulting*. Hastings Center Report, March–April, 33–40.
Walker, Margaret Urban. 1998. *Moral Understandings. A Feminist Study in Ethics*. New York: Oxford University Press.
Walker, Margaret Urban. 2003. *Moral Contexts*. New York: Rowman & Littlefield.
Warnock, Geoffrey James. 1967. *Contemporary moral philosophy*. Houndmills/Basingstoke/Hamphire: Macmillan Education.

Open Access Dieses Kapitel wird unter der Creative Commons Namensnennung – Nicht kommerziell – Keine Bearbeitung 4.0 International Lizenz (▶ http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de) veröffentlicht, welche die nicht-kommerzielle Nutzung, Vervielfältigung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die Lizenz gibt Ihnen nicht das Recht, bearbeitete oder sonst wie umgestaltete Fassungen dieses Werkes zu verbreiten oder öffentlich wiederzugeben.

Die in diesem Kapitel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist auch für die oben aufgeführten nicht-kommerziellen Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

