

⇒ **Stefanie Sandra Wiloth**

»Human Enhancement« in der Altenpflege. Ein vertieftes Verständnis aus gerontologischer und ethischer Perspektive

⇒ 1 Das Konstrukt des »Human-Enhancement«

Im Allgemeinen versteht man unter dem Begriff »Enhancement« – aus dem Englischen wörtlich übersetzt – »Verbesserung«, »Steigerung«, »Verstärkung« oder »Erhöhung« (vgl. Fuchs u.a. 2002; Schöne-Seifert/Stroop 2015). »*Human Enhancement*« bedeutet dementsprechend die Verbesserung der menschlichen Leistungsfähigkeit, die über die Wiederherstellung und den Erhalt der körperlichen, mentalen und emotionalen Gesundheit eines Menschen hinausgeht (Fuchs u.a. 2002; Juengst 2009; Savulesco u.a. 2011). An dieser Stelle soll eine Definition des Konstrukts von Allhoff u.a. (2010) angeführt werden:

«Strictly speaking, *human enhancement* includes any activity by which we improve our bodies, minds, or abilities - things we do to enhance our well-being.» (Allhoff u.a. 2010, 3).

Human Enhancement umfasst *jede Aktivität* bzw. *Praktik*, mit der wir unseren *Körper*, unseren *Geist*, oder unsere *Fähigkeiten* steigern, erhöhen, verbessern bzw. stärken, um das eigene *Wohlbefinden* –

eine wesentliche Dimension subjektiv erlebter Lebensqualität – zu erhalten bzw. zu steigern. Enhancement fokussiert demnach auf die Optimierung menschlicher Eigenschaften etwa in Bezug auf körperliche Fähigkeiten wie z. B. Ausdauer oder Kraft, auf äußere Merkmale bzw. Attraktivität, auf kognitive Fähigkeiten wie z. B. Aufmerksamkeit oder Gedächtnisleistungen, auf Emotionen und auch auf bestimmte Verhaltensmerkmale.

Stefanie Sandra Wiloth, geb. 1985 in Schwetzingen, Dr. phil., Studium der Soziologie und Gerontologie in Mannheim und Heidelberg, Promotion in Gerontologie in Heidelberg, Akademische Rätin und Habilitandin am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Neuere Veröffentlichungen: Wiloth, Stefanie; Eurich, Johannes (2018): Innovative technische Unterstützungssysteme als Bestandteil einer alters- und demenzfreundlichen Versorgungsstruktur, in: Franz, Hans-Werner; Christoph, Kaletka (Hg.): Soziale Innovationen lokal gestalten, Wiesbaden: Springer VS, 135-147.
GND: 1082151173

DOI: 10.18156/eug-2-2019-art-4

Der Fokus von Enhancement-Praktiken, die den Menschen darin unterstützen, die genannten Eigenschaften sowie die Leistungsfähigkeit zur Aufrechterhaltung und Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens zu optimieren, liegt bislang vor allem auf biomedizinischen, technologischen oder pharmakologischen Interventionen. In bestimmten Bereichen z. B. in der Reproduktionsmedizin, der Neurologie, der plastischen Chirurgie oder der Ernährungsmedizin sind Human Enhancement und seine Praktiken bereits heute schon sehr gut etabliert (Biller-Andorno/Salathé 2012). Unterschieden werden können etwa Praktiken zur Verbesserung der sexuellen Potenz, kognitiver Teilleistungen oder der emotionalen Regulationsfähigkeit sowie zur sportlichen Leistungssteigerung durch Doping. In den letzten Jahren wurde dem so genannten Neuro-Enhancement besondere Aufmerksamkeit geschenkt: Hier wird eine Leistungssteigerung etwa von kognitiven Funktionen oder eine Steigerung der Stimmung nicht nur durch den Einsatz von Substanzen erzielt, sondern auch durch Hirnstimulation mithilfe von Magnetfeldern oder durch den Einsatz von Schwachstrom sowie von Licht (Merkel u.a. 2007; Galert u.a. 2009; Lieb 2009; Schöne-Seifert u.a. 2009; Kipke 2011; Spranger 2009, 2011).

An dieser Stelle soll auf die bereits oben formulierte, für diesen Beitrag grundlegende Definition nach Allhoff u.a. (2010) und die Frage eingegangen werden, ob eine solche, eher allgemeine Definition von Human Enhancement ausreicht bzw. wie Human Enhancement operationalisiert werden kann, wenn andere, über die Medizin und Biologie hinausreichende, eher auf sozialen Dienstleistungen basierende Arbeitsbereiche in den Blick genommen werden.

Betrachtet man die Definition genauer, so wird klar, dass Human Enhancement zunächst als ein übergeordnetes Konstrukt bzw. als ein Oberbegriff verstanden werden kann, der sich aus verschiedenen Elementen, Prozessen und (Hilfs-)Konstrukten konstituiert (Heiliger 2010; Eckhardt u.a. 2011, 7). Beispielhaft ist hier das (Hilfs-)Konstrukt der »ability«, der Fähigkeit, zu nennen, das selbst – je nachdem für welchen Arbeitsbereich Human Enhancement genutzt werden soll – einer genaueren Operationalisierung bedarf.

Eine solch offene, fast schon abstrakte Definitionsweise ist natürlich sinnvoll, denn dadurch wird Human Enhancement als »heterogenes Phänomen« (Biller-Andorno/Salathé 2012, 10) überhaupt erst auf viele unterschiedliche Bereiche nutzbar; zugleich wird ermöglicht, verschiedene effektive »activities«, d.h. Enhancement-Praktiken, zu identifizieren und anzuwenden. Die aufgeführte Definition von Human Enhancement nach Allhoff u.a. (2010) ist daher zweckmäßig. Allerdings darf sich ein solch allgemeines Verständnis von Human Enhanc-

ment nicht nur auf den biologisch-medizinischen und technologischen Gegenstandsbereich beschränken (Heiliger 2010, 92).

Der Möglichkeit und Notwendigkeit, das Konstrukt für andere, sehr spezifische Bereiche nutzbar zu machen, die (noch) sehr zurückhaltend mit Human Enhancement assoziiert wurden und in denen Enhancement-Praktiken noch nicht etabliert sind, kommt eine immer größer werdende Bedeutung zu. Insbesondere die aktuellen gesellschaftlichen Entwicklungen wie die stetige Alterung der Gesellschaft und die damit einhergehenden besonderen Herausforderungen, Anforderungen und Konsequenzen vor allem für Akteure des Gesundheitswesens und der Altenarbeit könnten zukünftig dazu führen, dass auch hier alternative und innovative Wege gesucht werden, um die komplexe Anforderung zu bewältigen und das Wohlbefinden, die Zufriedenheit und die Lebensqualität der verschiedenen Akteure aufrechtzuerhalten oder zu verbessern. In ganz besonderem Maße kann hier die (Alten-)Pflege in den Blick genommen werden.

Zur Unterstützung von Pfl egetätigkeiten und insbesondere zur Entlastung der Pflegenden wird aktuell vor allem der Einsatz neuer Techniken wie die der Robotik kontrovers diskutiert (z. B. Hielscher u.a. 2015). Die Frage nach einem adäquaten und effektiven Einsatz technischer Unterstützungssysteme und von Robotik in der Pflege lässt sich bis in die 1980er Jahre zurückverfolgen (vertiefend z. B. Kehl 2018). Maßnahmen wie etwa der Einsatz von Pflegerobotern zielen vor allem auf die Schaffung von Möglichkeiten zur Entlastung und Entspannung sowie zur Realisierung spezifischer pflegerischer Fähigkeiten und Fertigkeiten, weniger aber auf eine direkte, gezielte Verbesserung pflegerischer Leistungen bzw. einer Kompetenzweiterentwicklung im Sinne einer Verhaltensänderung. Da solche technischen Unterstützungssysteme somit streng genommen keine direkten Eingriffe in die menschliche Leistungsfähigkeit darstellen, welche Eigenschaften, Verhaltensweisen und Handlungen direkt beeinflussen, werden diese hier nicht als Human Enhancement verstanden.

Insbesondere in der stationären Langzeitpflege ist Human Enhancement trotz des in diesem Bereich vorherrschenden Leistungsdrucks und der komplexen Anforderungen an die pflegerische Tätigkeit, wobei Pflegefachpersonen in der Ausübung einer ethisch und fachlich begründeten Pflege zunehmend an ihre Grenzen stoßen, ein noch wenig etabliertes Konstrukt. Das klassische Verständnis von Enhancement scheint für dessen Anwendung im Pflegebereich augenblicklich als unzureichend, denn nach der traditionellen Definition nach Allhoff u.a. (2010) bleibt etwa offen, welche Kompetenzen in den Blick genommen werden sollten und welche Praktiken zur Verbesserung

dieser Kompetenzen aussichtsreich wären. Hier liegt im Vergleich zu anderen Anwendungsbereichen ein nur sehr wenig differenziertes bzw. oftmals einseitige Verständnis von Human Enhancement, eine eher dürftige Definition der Fähigkeiten und Fertigkeiten und eine vage Vorstellung von wirksamen Enhancement-Praktiken vor. Für die Anwendung von Human Enhancement bzw. von Enhancement-Praktiken in der Altenpflege bedarf es einer vertiefenden Auseinandersetzung mit diesem Konstrukt vor allem im Sinne einer konzeptuellen Reflektion sowie konkreteren Operationalisierung seiner (Hilfs-)Konstrukte und möglicher, erfolgsversprechender Praktiken. Dieser Beitrag verfolgt das Ziel, zu einem vertieften Verständnis von Human Enhancement und seinen Praktiken zu gelangen, um das Konstrukt für den speziellen Bereich der Altenpflege nutzbar zu machen. In diesem Zusammenhang ist erstens zu fragen, was »ability« bzw. »Fähigkeit« im Pflegekontext eigentlich meint und welche konkreten Leistungen, Verhaltensweisen und Handlungen adressiert werden sollten. Hier soll der Fokus auf spezifische Fähigkeiten der Pflegenden gelegt werden. Zweitens ist zu fragen, welche »activities«, d. h. Enhancement-Praktiken, im Pflegekontext in den Blick genommen werden sollten, die zu einer Optimierung bzw. Weiterentwicklung dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten (was in der etablierten Definition mit »Leistungssteigerung« umschrieben wird) und schließlich des subjektiven Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit Pflegenden führen.

⇒ 2 Die »Optimierung von Fähigkeiten« in der (Alten-)Pflege

Es scheint beinahe schon paradox, dass gerade in einem Arbeitsbereich, der nicht nur auf den Erhalt, sondern auch auf die Weiterentwicklung von (Pflege-)Qualität zur Bewahrung der Arbeitszufriedenheit der Pflegepersonen und der Lebenszufriedenheit und des Wohlbefindens pflegebedürftiger Menschen ausgerichtet ist (§ 113b Abs. 4 Nr. 1 und Nr. 3 SGB XI), primär die Optimierung struktureller Rahmenbedingungen zur Entlastung und weniger die gezielte und vor allem kontinuierliche Förderung pflegerischer Fähigkeiten und Fertigkeiten im Sinne einer ethisch und fachlich begründeten Pflegepraxis in den Blick genommen wird. Auch wenn ein großes Potenzial zur Förderung wesentlicher (spezifischer) pflegerischer Fähigkeiten besteht und diese vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Entwicklungen stets neu erlernt und weiterentwickelt werden müssen, um den sich wandelnden Ansprüchen an eine gute Pflege etwa einer zunehmenden Zahl pflegebedürftiger Menschen mit psychischen Störungen ge-

recht zu werden, werden nützliche Praktiken in der Altenpflege bislang nur wenig berücksichtigt.

Welche besonderen pflegerischen Fähigkeiten, die eine bedeutsame positive Wirkung sowohl auf die Pflegenden als auch auf die pflegebedürftigen Menschen hervorrufen können, sollten in den Blick genommen werden, wenn von Human Enhancement in der Pflege gesprochen werden soll? Wie lässt sich das (Hilfs-)konstrukt der »abilities« für den Bereich der Altenpflege operationalisieren? Für die medizinischen Anwendungsbereiche wie etwa die Neurowissenschaften ist das (Hilfs-)Konstrukt der »abilities«, der Fähigkeiten und Fertigkeiten, ausreichend gut und nachvollziehbar definiert. So werden etwa beim Neuro-Enhancement spezifische kognitive Teilleistungen wie die Konzentrationsfähigkeit und Gedächtnisleistungen in den Blick genommen. Im Bereich des Leistungssports konzentriert man sich auf die Förderung und Steigerung physischer Fähigkeiten, z. B. auf die Steigerung der Muskelkraft oder der Ausdauer. Im Folgenden wird nun der Versuch unternommen, den Blick für besondere, zu fördernde pflegerische Fähigkeiten zu schärfen. In diesem Zusammenhang muss auf das Konstrukt der Pflegekompetenz sowie auf Rahmenbedingungen für deren Realisierung und Weiterentwicklung eingegangen werden.

⇒ 2.1. Pflegekompetenzen: ethisch und fachlich begründetes pflegerisches Handeln

Die Ansprüche an eine person-zentrierte, ethisch und fachlich fundierte Pflege sowohl von Dienstleistungsempfängern als auch von den Pflegenden selbst haben sich – insbesondere auf Grund einer deutlich zunehmenden Anzahl von hochgradig vulnerablen, älteren Menschen etwa mit Demenz – in den letzten Jahren verändert. Befragt man z. B. Pflegefachkräfte, welche besonderen Fähigkeiten für eine solche gute Pflege hochaltriger Menschen erforderlich sind, hebt die Mehrheit die besondere Fähigkeit hervor, in der Lage zu sein, intuitiv auf herausfordernde und komplexe Situationen richtig zu reagieren, eine langandauernde, positive Pflegebeziehung mit den Betroffenen aufzubauen und in einem Gleichgewicht von Nähe und Distanz halten zu können (vgl. Ensink 2014, 393). Bei der Frage nach Möglichkeiten der Schaffung einer ausreichenden Pflegequalität darf es dementsprechend nicht ausschließlich darum gehen, die fachlichen, verrichtungsbezogenen Grundlagen pflegerischen Handelns zu erweitern und damit ein »instrumentelles Motiv« zu verfolgen. Vielmehr muss es eben auch darum gehen, sozio-emotionale Kompetenzen pflegeri-

schen Handelns zu stärken und somit in einer stärker ethisch überzeugenden Weise zu handeln («ethisches Motiv») (Kruse 2006). An dieser Stelle sei auch auf die Unterscheidung des pflichtgemäßen Handelns und des Handelns aus Pflicht nach Kant hinzuweisen. Ein pflichtgemäßes Handeln stellt ein Handeln dar, das ein korrektes und auch erwünschtes Handeln zu sein vermag, aber an sich kein ethisches Handeln (aus Pflicht) sein muss, welches moralischen Grundsätzen folgt (Maio 2017, 23). Wenn sich eine Pflegefachkraft folglich ausschließlich um die Verrichtung ihrer Pflichten bemüht, etwa die morgendliche Pflege (v. a. die Körperpflege) intendiert und realisiert, um ihren Vorgesetzten zufriedenzustellen, kann das zunächst erst einmal nicht als ein ethisches, sondern als ein rein *pflichtgemäßes, fachliches Handeln* verstanden werden. Dagegen wird beim *Handeln aus Pflicht* eine würdevolle Interaktion mit dem Betroffenen gekennzeichnet durch Wertschätzung, Reziprozität und Respekt sowie die Wahrnehmung und Realisierung seiner Bedürfnisse aufgrund von Werten und Moral ausgeführt und resultiert aus dem (menschlichen) Leitmotiv des guten Willens (vertiefend: ebd.). Für den Kontext der professionellen Langzeitpflege bedeutet dies, dass sich die Aufgabe der Pflege nicht nur auf die Gestaltung der räumlichen Umwelt, Befriedigung körperlicher Bedürfnisse und Linderung psychischer und physischer Krankheitssymptome beschränkt, sondern auch eine offene, sensible, empathische und konzentrierte Zuwendung und Interaktion mit den Betroffenen umfasst, in deren Verlauf psychosoziale Bedürfnisse der Betroffenen erkannt und verwirklicht werden. Wissenschaftliche Arbeiten zum Erleben und Verhalten etwa von Menschen mit Demenz konnten nachweisen, dass insbesondere der Erfahrung von Bezogenheit in allen Stadien der Erkrankung eine wesentliche Bedeutung für die Förderung und den Erhalt des subjektiven Wohlbefindens zukommt (Kruse 2017; Lawton u.a. 1999; Custers u.a. 2011, 2010).

Diese Neuausrichtung der Pflegepraxis ist auch mit dem Anspruch einer gezielten Förderung der auf sozio-emotionalen Fähigkeiten basierenden Pflegepraxis verknüpft. Die Fähigkeit eine positive Pflegebeziehung zu den Betroffenen aufzubauen und zu erhalten wie auch die Fähigkeit in komplexen Situationen intuitiv richtig und moralisch zu reagieren können als Charakteristikum einer höheren Stufe der Pflegekompetenz verstanden werden (vertiefend: Ensink 2014, 393; Benner 1997). Nun stellt sich die Frage, welche Bedingungen und Maßnahmen notwendig sind, diese Kompetenzen weiter zu entwickeln und zu realisieren.

⇒ 2.2. Entwicklung und Realisierung von Pflegekompetenz: die Bedeutung der Selbstreflexion

In der heutigen Zeit in der Altenpflege tätig zu sein, bedeutet nicht zwingend, von vornherein über ein ausreichendes Maß an Pflegekompetenz zu verfügen, da notwendige Fähigkeiten und Fertigkeiten erst durch die Verknüpfung von theoretischen Wissen und praktischer Erfahrung entstehen kann. Kompetenzentwicklung als »arbeitsimmanentes Lernen« (Ensink 2014, 64) im Rahmen der Pflegetätigkeit muss daher ein andauerndes Bestreben sein: so kann durch die Bewältigung von schwierigen Situationen, Problemen und Anforderungen im Pflegealltag altersunabhängig ein Kompetenzzuwachs entstehen. In der Altenpflege tätig zu sein, ist zwar eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung dafür, Pflegekompetenz zu erwerben bzw. diese weiterzuentwickeln (Levett-Jones 2007). Wenn es um die Frage nach Möglichkeiten eines Zuwachses an Pflegekompetenz im Sinne ethischen, moralischen, empathischen und intuitiven Pflegehandelns geht, gilt es vor allem die Selbstreflexion des eigenen Pflegehandelns zu fördern.

Der Begriff Reflexion beinhaltet hier einerseits das kritische (Über-)Denken bzw. die Überprüfung von verbreiteten Annahmen, Einstellungen, Meinungen oder Urteilen («insights»), andererseits die Selbstreflexion, die als gezielte Auseinandersetzung mit der eigenen Person, d.h. als die Selbstbeobachtung des eigenen Empfindens, Denkens und Handelns definiert werden kann (vertiefend: Mezirow 1991; Staudhammer 2018). Durch Selbstreflexion werden die eigenen Stärken und Schwächen sichtbar, die Person erhält ein vertiefendes Verständnis über ihr Selbst und ihr Tun. Eine vertiefende Auseinandersetzung von spezifischen, anspruchsvollen Situation mündet so in einem Lernprozess und schließlich in persönlichem Wachstum. Somit stellt Selbstreflexion einen grundlegenden metapsychologischen (Lern-)prozess für die Weiterentwicklung und den Ausbau bereits erworbener Pflegekompetenz dar. Selbstreflexion kann vor allem bei Pflegepersonen, die sich z. B. noch in der Ausbildung befinden und über wenig Erfahrungswissen in dem Berufsfeld verfügen, besonders hilfreich sein, um insbesondere sozio-emotionale Komponenten von Pflegekompetenz besser zu verstehen und diese zu erlernen. Selbstreflexion stellt aber auch einen komplexen und herausfordernden Prozess dar, der sich unter gewissen Umständen – z. B. vor allem bei unerfahrenen Pflegepersonen oder hoher Stressbelastung – nicht von alleine in Gang setzen lässt (Kuiper u.a. 2009; Benner 1992;

Lauri/Salanterä 1995; O'Neill 1994). Dafür braucht es Impulse und somit stellt sich die Frage, wie (Selbst-)Reflexions- und Selbstevaluationsprozesse in der Praxis angestoßen und gefördert werden können. Neben der narrativen Selbstreflexion mithilfe von schriftlichen Nacherzählungen, kann auch das Gespräch zwischen Kollegen Impulse für eine tiefgreifende Selbstreflexion geben, indem auch hier gezielte und strukturierte Fragen zur (Pflege-)situation, zum Pflegehandeln, zu wahrgenommenen Stärken und Schwächen und Zielvorstellungen gestellt werden (Asselin/Fain 2013). Ein leitfragengestütztes, strukturiertes Reflexionsgespräch zwischen Kollegen eignet sich vor allem dann besonders gut, wenn nicht nur die Perspektive der Pflegeperson (Selbstwahrnehmung bzw. Selbsteinschätzung der Situation, des eigenen Handelns, der Stärken und Schwächen), sondern auch die Perspektive einer außenstehenden »neutralen« Person (Fremdwahrnehmung bzw. Fremdeinschätzung der Situation, des Handelns der Pflegeperson, der Stärken und Schwächen) berücksichtigt werden soll.

Die durch selbstreflexive Lernprozesse entwickelte Pflegekompetenz bzw. das pflegerische, vor allem sozio-emotionale Leistungspotenzial einer Person muss sich allerdings nicht unbedingt in einem tatsächlich gezeigten pflegerischen Verhalten, der Performanz, widerspiegeln. In welchem Umfang Personen ihre Ressourcen nutzen bzw. ihre Kompetenzen in spezifischen Situationen verwirklichen, hängt von verschiedenen internalen und externalen Faktoren ab.

Es können soziale, institutionelle und räumlichen Umweltfaktoren unterschieden werden. So setzt die Realisierung von Pflegekompetenz eine Arbeitsorganisation voraus, die etwa reflexive Lernprozesse auch basierend auf einem intensiven kollegialen Austausch zulässt. Gelingt Vertretern der Leitungsebene einer Einrichtung die Entwicklung einer lern- und entwicklungsorientierten Arbeitsatmosphäre, kann ein Zuwachs von Pflegekompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern erzielt werden (Ensink 2014, 66; Stegmaier 2007).

Des Weiteren spielen motivationale Faktoren für die Kompetenzrealisierung eine besondere Rolle. Eine wesentliche Komponente intrinsischer Motivation ist das so genannte Flow-Erleben, welches sich nicht zuletzt aus der subjektiv empfundenen Freude an der unmittelbaren Erfahrung und vor allem an der Weiterentwicklung der eigenen Kompetenz konstituieren kann (Csikszentmihalyi 1999, 275; Ensink 2014, 88). Flow-Erleben hängt eng mit dem Gefühl der Sinnhaftigkeit einer Tätigkeit zusammen und wird von Csikszentmihalyi (1999) als (Selbst-)Erfahrung von Eigenständigkeit und Handlungskontrolle bezeichnet. Durch das Erleben von Sinnhaftigkeit und Handlungskon-

trolle im Pflegealltag kann es Pflegefachpersonen gelingen, sich für den Erhalt und die Steigerung subjektiven Wohlbefindens und (Arbeits-)Zufriedenheit über die offiziell geforderte Verrichtungspflege hinaus und trotz der teilweise schwierigeren Rahmenbedingungen wie etwa Zeitdruck oder mangelnde Entlohnung einzusetzen und so sozio-emotionale Komponenten der Pflegekompetenz zu realisieren (Ensink 2014, 13). Dies schließt die subjektive Überzeugung mit ein, die eigenen sozio-emotionalen Fähigkeiten und Fertigkeiten nutzen zu können, um eine Aufgabe oder komplexe Situation zu bewältigen. So ist eine hohe Selbstwirksamkeitserwartung, die durch Selbstreflexion und darauf basierender Anpassung der eigenen Verhaltensweisen gestärkt werden kann, ein relevanter Einflussfaktor für Kompetenzrealisierung in der Pflege.

Dass eine durch Selbstreflexion beeinflusste Förderung und Steigerung sozio-emotionaler Komponenten der Pflegekompetenz im Sinne einer Verhaltensänderung in komplexen Pflegesituationen seitens von Pflegekräften im Kontext der stationären Altenpflege gelingen kann, zeigt ein vom GKV gefördertes Projekt des Instituts für Gerontologie in Kooperation mit dem Medizinischen Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS e. V.).

⇒ 2.3. Das »Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz – für die Qualitätssicherung in Pflegeeinrichtungen« (H.I.L.DE.-QS)

Insbesondere zur Förderung der Lebensqualität von Menschen mit Demenz in der stationären Langzeitpflege kommen Maßnahmen zur Verbesserung verschiedener Komponenten der Pflegekompetenz von Pflegekräften wie etwa das bereits oben angesprochene intuitive Handeln und die Fähigkeit, die Beziehungsqualität aufrechtzuerhalten und zu fördern, eine immer größere Bedeutung zu. Für die Evaluierung einer stärker *personenzentrierten* Pflege, die auf die psychosozialen Bedürfnisse und Förderung der Lebensqualität von Pflegeheimbewohnern mit Demenz ausgerichtet ist, fehlen allerdings validierte Verfahren, die einen gezielten Einfluss auf die Förderung der Pflegekompetenz und damit auf das Wohlbefinden von Pflegenden und Pflegeheimbewohnern mit Demenz nehmen.

Das am Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg in Kooperation mit dem MDS e. V. weiterentwickelte Instrument H.I.L.DE.-QS dient der Evaluierung pflegerischer Verhaltensweisen und der Förderung der Pflegekompetenz. Hauptbestandteil des Instruments ist eine passiv-teilnehmende Beobachtung einer morgendlichen Pflegesituati-

on. Die Form der Beobachtung eignet sich besonders gut, da die psychosozialen Bedürfnisse bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz in der zwischenmenschlichen Interaktion häufig durch bestimmte Emotionen zum Ausdruck gebracht werden, die demnach als Indikatoren für das Vorhandensein oder Fehlen subjektiven Wohlbefindens verstanden werden können. Häufig sind die gezeigten Emotionen eine unmittelbare Reaktion auf bestimmte Handlungen bzw. Verhaltensweisen von Pflegepersonen, die wiederum ein bestimmtes Ausmaß an Pflegekompetenz widerspiegeln. Ergänzend zur Beobachtung kommt dem im Rahmen des Instruments anschließenden leitfadengestützten Reflexionsgespräch eine ebenfalls zentrale Rolle zu. Durch das Reflexionsgespräch werden meta-kognitive Selbstreflexionsprozesse der Pflegeperson angestoßen, die zur Steigerung der Pflegekompetenz führt und langfristig auch Auswirkungen auf die Selbstwirksamkeit und damit auf die intrinsische Motivation für die Durchführung einer fachlich und ethisch begründeten Pflege hat.

In einer prospektiven Längsschnittstudie von Ende 2017 bis Mitte 2019 durch das Institut für Gerontologie und dem MDS e. V. wurden in $n=21$ stationären Altenpflegeeinrichtungen während der Morgenpflege die Verhaltensmuster der Pflegepersonen und die emotionalen Ausdrucksformen bei $n=79$ Bewohnern (\emptyset Pflegegrad 3,9) mittels passiv-teilnehmender Beobachtung durch H.I.L.DE.-QS erfasst. Die Datenerhebung erfolgte durch $n=50$ geschulte Pflegefachkräfte [Wiloth u.a. (in Arbeit)].

Im Zeitverlauf konnte eine signifikante Zunahme der Anzahl positiver Kommunikationsmuster der Pflegepersonen sowohl auf der Beziehungs- ($P<.001$), als auch Handlungsebene ($P<.001$) und eine Abnahme der negativen Verhaltensweisen ebenfalls auf beiden Ebenen ($P\leq.002$) identifiziert werden. Die Bewohner wiesen eine signifikant geringere Anzahl negativer Emotionen ($P<.001$), eine höhere Anzahl positiver Emotionen ($P\leq.009$) und eine signifikant geringere emotionale Variabilität ($P=.023$) auf. Es lagen mehrheitlich starke Effekte ($r=0.5$) vor. Diese können u. a. auf die Förderung der Selbstreflexion der Pflegepersonen und auf die in den Fallbesprechungen geplanten Interventionen, die auf den Beobachtungsergebnissen basierten, zurückgeführt werden. Es ist gelungen, die positive Wirksamkeit eines innovativen Beobachtungsinstruments auf die ethisch-fachliche Pflegekompetenz und auf die emotionale Befindlichkeit und das subjektive Erleben der Bewohner als zentrale Dimensionen von Lebensqualität nachzuweisen.

Das H.I.L.DE.-QS Projekt und dessen Ergebnisse forcieren, welche besonderen Fähigkeiten in der Pflege bzw. von Pflegepersonen aus-

gebildet werden müssen, um den fachlichen, aber vor allem ethischen Ansprüchen pflegerischer Arbeit mit höchst vulnerablen Menschen gerecht werden zu können. Weiter gibt das Projekt einen Hinweis darauf, welche einfachen und leicht umsetzbaren Strategien, die über teilweise kontrovers diskutierte, meist technische oder pharmakologische Enhancement-Strategien hinausgehen, genutzt werden können, um eine Kompetenzrealisierung und Kompetenzweiterentwicklung von Pflegekräften sowie eine Verbesserung ihres Wohlbefindens und des Wohlbefindens pflegebedürftiger Menschen zu erzielen. Darauf aufbauen soll im Folgenden abschließend aufgezeigt werden, inwieweit das bestehende Verständnis von Enhancement überhaupt ausreicht, um dieses im Pflegekontext zu nutzen. Folglich wird ein Konzept von Enhancement vorgeschlagen, welches ein vertiefendes Verständnis des Konstrukts der Kompetenz berücksichtigt und daher für den speziellen Gegenstandsbereich der Pflege geeignet sein könnte.

⇒ 3 Implikation für ein vertieftes Verständnis von Enhancement im Pflegekontext

Es besteht eine Vielzahl an Möglichkeiten, welche die menschliche Leistungsfähigkeit bzw. das menschliche Handeln positiv beeinflussen können. Der Beitrag konnte zeigen, dass Enhancement-Praktiken auch für den Bereich der Altenpflege von besonderer Bedeutung sein können. Voraussetzung dafür ist aber, dabei Fähigkeiten und Praktiken zu fokussieren, die eine Grundlage nicht nur für eine fachliche, sondern auch ethische Pflegepraxis darstellen.

Wie bereits eingangs erläutert wurde, zielt die klassische Definition von Human Enhancement – orientiert an Allhoff u.a. (2010) – auf den Erhalt und vor allem auf die Verbesserung des subjektiven Wohlbefindens des Menschen ab, was als wesentliches menschliches Bedürfnis sowie als zentrale Dimension von Lebensqualität verstanden werden kann und sich aus einer, durch die Realisierung bestimmter Enhancement-Praktiken resultierenden Steigerung von Funktionen, Fähigkeiten und Eigenschaften wie kognitive Leistungsfähigkeit, körperliche Ausdauer, Attraktivität und Grundstimmung ergibt (vertiefend: Schöne-Seifert/Stroop 2015).

Die Anwendung dieses Verständnisses von Human Enhancement auf den Bereich der Pflege erscheint im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Entwicklungen und den damit verknüpften Anforderungen und Erwartungen an gute Pflege sowie einem wachsenden Leistungsdruck von besonderer Bedeutung. Im Pflegekontext ist dies dahingehend bedeutsam, als so Möglichkeiten eröffnet werden, sich

gezielt mit den Potenzialen und Ressourcen sowie den Bedürfnissen und den Motiven der Person der Pflegekraft auseinanderzusetzen, was theoretische Pflegemodelle (z. B. Williams 2015; Löser 2003) bislang nur sehr begrenzt leisten (Ensink 2014, 64). Nichtsdestotrotz erscheint das klassische Verständnis von Enhancement für dessen Anwendung im Pflegebereich augenblicklich als unzureichend, denn nach dieser Definition bleibt offen, welche Kompetenzen in den Blick genommen werden sollten und welche Praktiken zur Verbesserung dieser Kompetenzen aussichtsreich wären.

In den obigen Abschnitten wurde das (Hilfs-)Konstrukt der »Fähigkeit« in seiner Bedeutung für die Pflege präzisiert. Möchte man demnach gezielt eine Verbesserung von Fähigkeiten und Fertigkeiten Pflegenden durch spezifische Praktiken hervorrufen, um ihr Wohlbefinden zu erhalten und zu steigern, dann sollten – dies haben die Ausführungen deutlich machen können – insbesondere sowohl psychosoziale und emotionale Fähigkeiten wie etwa die Fähigkeit der einfühlsamen, empathischen Kommunikation, aber auch kognitive Fähigkeiten wie die Fähigkeit zur Selbstreflexion, in ganz besonderer Weise fokussiert werden. Schon Aristoteles erkannte, dass...

»jedes praktische Können, alles Handeln und Wählen, (...) nach einem Gut strebt. Glückseligkeit ist das höchste Gut. Glückseligkeit erstreben wir um ihrer selbst willen. Sie ist das vollkommene und selbstgenügsame Gut, das Endziel des Handelns. Die höchste Glückseligkeit besteht in der Kontemplation.«, (Aristoteles, bios theoretikos).

Aus selbstreflexiven Prozessen des eigenen pflegerischen Verhaltens und damit aus einer vertiefenden, inneren Auseinandersetzung mit sich selbst gelingt die Stärkung der Selbstwirksamkeit als zentraler Faktor für psychologische Widerstandsfähigkeit (Resilienz), die letztendlich die Realisierung und -weiterentwicklung der relevanten psychosozialen und emotionalen Pflegekompetenzen unterstützt oder gar erst ermöglichen kann. Die Überzeugung einer Person, aufgrund eigener Ressourcen bzw. Kompetenzen in schwierigen, herausfordernden Situationen selbstständig und angemessen handeln zu können, unterstützt die Kompetenzrealisierung bzw. Performanz und hilft so bei der Bewältigung dieser Situationen, die letztendlich zu einem Ressourcenzuwachs, persönlichem Wachstum, Kompetenzentwicklung und Zufriedenheit führt (vertiefend: Ryff 1995).

Schöne-Seifert und Stroop (2015) weisen darauf hin, dass es nicht Ziel sein darf, diesen Prozess der vertiefenden Auseinandersetzung – man könnte auch »Selbstgestaltung« sagen – durch etablierte, schnell wirksame Enhancement-Praktiken wie z. B. die Einnahme

gewisser Substanzen zu umgehen, um so auf ausreichende Resilienz, eine effiziente und langfristige Kompetenzsteigerung und Wohlbefinden zu hoffen. Der Gebrauch herkömmlicher, intensiv diskutierter Enhancement-Strategien kann sogar diese relevanten psychologischen Prozesse behindern und blockieren (ebd., 3-4). Übertragen auf den Pflegekontext besteht also die Gefahr, dass Pflegekräfte sich zunehmend von äußeren Einflüssen abhängig machen bzw. ausschließlich auf externen Ressourcen der Umwelt zurückgreifen, um mit besonderen Herausforderungen besser umgehen zu können und das eigene Wohlbefinden zu erhalten. Man ist folglich nur wenig dafür sensibilisiert, das subjektive Wohlbefinden und die Zufriedenheit durch die Reflektion und Veränderung eigener Verhaltensweisen zu beeinflussen. Eine Verbesserung von Fähigkeiten, die über die physiologische und kognitive Leistungsfähigkeit hinausgehen, sprich eine überwiegend sozio-emotionale Kompetenzentwicklung und -realisierung zur Steigerung des Wohlbefindens ist im Sinne eines weitergedachten Enhancement-Konzepts vor allem für den Bereich der stationären Altenpflege also vor allem durch die Person selbst zu erreichen, die in der Lage ist bzw. in die Lage versetzt werden muss, auf vorhandene internale Ressourcen zurückzugreifen und eine »genuine Kompetenzentwicklung« einzuleiten (Maio 2017, 23). Human Enhancement sollte es Menschen daher auch ermöglichen, eigene Wirksamkeit zu erfahren, d.h. etwas aus eigener Kraft und ohne fremde Unterstützung zu bewältigen (vgl. Schöne-Seifert/Stroop 2015). Eng damit ist auch das Bedürfnis und das Potenzial zu selbstständigem und vor allem selbstverantwortlichem Handeln verbunden und damit auch die Autonomie und Selbstbestimmung (z. B. Darmann-Finck/Reuschenbach 2013; Klieme 2007). Dies impliziert aber weiter, dass ein Enhancement-Konzept eben nicht nur die Kompetenzrealisierung und -steigerung, sondern auch die Förderung der Selbstverantwortung einer Person zum Ziel haben sollte (vgl. Merkel 2019). Dies hebt noch einmal die Bedeutung eines vertiefenden Verständnisses von Kompetenz hervor: Allgemein beschreibt das Konstrukt der Kompetenz »den effektiven - und vom Menschen als "effektiv" erlebten - Umgang mit Anforderungen in seiner Umwelt (z. B. Bandura 1989). Demnach sind die Fähigkeiten und Fertigkeiten des Menschen, welche als objektive Dimension von Kompetenz verstanden werden können, stets mit dem eigenen Handlungserleben als subjektiver Dimension verknüpft (Kruse 1996, 290). Diese Auffassung lässt sich sehr gut auf das Konstrukt des Human Enhancement anwenden. So zeigt sich die Verbindung der objektiven mit der subjektiven Dimension von Kompetenz etwa beim pharmakologischen Neuro-

Enhancement, indem »Gehirndoping« z. B. mittels Modafinil Kompetenzbereiche wie die Konzentrationsfähigkeit, Wachheit oder Entscheidungsfreudigkeit steigert und die Person eine Prüfungsvorbereitung oder Prüfungssituation als erträglich, weniger anstrengend und positiv erlebt (vgl. Merkel 2019, 43-44). Kompetenz sollte auch als ein grundlegendes Bedürfnis bzw. zentrales Motiv des Menschen, welcher nicht nur nach der subjektiven Erfahrung eigener Leistungsfähigkeit (»sense of competence«), sondern auch nach Erfahrung der eigenen Wirksamkeit (»feeling of efficacy«) und der Wahrnehmung, das eigene Handeln selbst verursacht zu haben (»personal causation«), strebt (Kruse 1996, 290), verstanden werden.

Vor diesem Hintergrund soll nun eine, an Allhoff u.a. (2010) orientierte, aber stärker für den sozialen Dienstleistungsbereich bzw. Pflegekontext eingängigere Definition von Human Enhancement vorgeschlagen werden:

»Human Enhancement« in der Pflege beinhaltet streng genommen kontinuierlich durchgeführte Praktiken zur Förderung von Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortung Pflegenden durch die Schaffung von technologischen und anderen (strukturellen) Rahmenbedingungen, die Pflegenden in ihrer Tätigkeit entlasten und vor allem selbstreflektive Prozesse anstoßen bzw. zur Selbstreflexion anregen. Dadurch werden eine Realisierung, aber auch eine Weiterentwicklung psychosozialer und emotionaler Komponenten von Pflegekompetenz im Sinne des ethisch und fachlich begründeten Pflegehandelns und der Erhalt sowie die Steigerung der (Arbeits-)Zufriedenheit und das subjektive Wohlbefinden möglich.

Ein hier vorgeschlagenes, weitergedachtes Verständnis von Human Enhancement und seinen Praktiken kann in gewissem Maße helfen, dieses heterogene Phänomen in Zukunft viel stärker für den Bereich der Altenpflege nutzbar zu machen.

⇒ Literaturverzeichnis

Allhoff, Fritz; Lin, Patrick; Moor, James; Weckert, John (2010): Ethics of human enhancement. 25 questions answers, in: *Studies in Ethics, Law, and Technology* 4(1), 1-39.

Asselin, Marilyn; Fain, James (2013): Effect of reflective practice education on self-reflection, insight, and reflective thinking among experienced nurses: a pilot study, in: *Journal for Nurses in Professional Development* 29(3), 111-119.

Bandura, Albert (1989): Human agency in social cognitive theory, in: *American Psychologist* 44, 1175-1184.

Benner, Patricia (1992): Uncovering the wonders of skilled practices by listening to nurses' stories, in: *Critical Care Nurse* 12, 83-89.

Benner, Patricia (1997): *Stufen zur Pflegekompetenz*, Bern u.a.: Huber Verlag.

Biller-Andorno, Nikola; Salathé, Michelle (2012): Human Enhancement. Einführung und Definition, in: Gutscher, Heinz (Hg.): *Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement*, Bern: Druck- und Werbebegleitung, 10-18.

Csikszentmihalyi, Mihaly (1999): *Flow. Das Geheimnis des Glücks*, Stuttgart: Klett u.a.

Custers, Annette; Kuin, Yolande; Riksen-Walraven, Marianne; Westerhof, Gerben (2011): Need support and wellbeing during morning care activities. An observational study on resident-staff interaction in nursing homes, in: *Ageing & Society* 31, 1425-1442.

Custers, Annette; Westerhof, Gerben; Kuin, Yolande; Riksen-Walraven, Marianne (2010): Need fulfillment in caring relationships. Its relation with well-being of residents in somatic nursing homes, in: *Ageing & Mental Health* 14(6), 731-739.

Darmann-Finck, Ingrid; Reuschenbach, Bernd (2013): Entwicklungsstand der Kompetenzmessung im Berufsfeld Pflege, in: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 107, 23-19.

Eckhardt, Anne; Bachmann, Andreas; Marti, Michèle; Rüttsche, Bernhard; Telser, Harry (2011): Human Enhancement, Zürich: VdF Hochschulverlag AG.

Ensink, Gabriele (2014): »Und trotzdem möchte ich nichts Anderes tun«. Die kognitive Repräsentation des Pflegeberufs bei Pflegefachkräften in der stationären Altenpflege, Download unter: <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/17435/> (Zugriff am 10.10.2019).

Fuchs, Michael; Lanzerath, Dirk; Hillebrand, Ingo; Runkel, Thomas; Balcerak, Magdalena; Schmitz, Barbara (2002): Enhancement. Die ethische Diskussion über biomedizinische Verbesserungen des Menschen, Bonn: Deutsches Referenzzentrum für Ethik in den Biowissenschaften.

Galert, Thorsten; Bublitz, Christoph; Heuser, Isabella; Merkel, Reinhard; Repantis, Dimitris; Schöne-Seifert, Bettina; Talbot, Davinia (2009): Das optimierte Gehirn, in: Gehirn & Geist 11, 40–48.

Heiliger, Jan-Christoph (2010): Anthropologie und Ethik des Enhancements, Berlin/New York: de Gruyter.

Hielscher, Volker; Nock, Lukas; Kirchen-Peters, Sabine (2015): Technischeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive, Baden-Baden: Nomos.

Kehl, Christoph (2018): Wege zu verantwortungsvoller Forschung und Entwicklung im Bereich der Pflegerobotik. Die ambivalente Rolle der Ethik, in: Bendel, Oliver (Hg.): Pflegeroboter, Wiesbaden: Springer u.a., 141-160.

Kipke, Roland (2011): Besser Werden. Eine ethische Untersuchung zu Selbstformung und Neuro-Enhancement, Paderborn: mentis.

Klieme, Eckhard; Hartig, Johannes (2007): Kompetenzkonzepte in den Sozialwissenschaften und im erziehungswissenschaftlichen Diskurs, Kompetenzdiagnostik 10, 11-29.

Kruse, Andreas (1996): Alltagspraktische und sozioemotionale Kompetenz, in: Baltes, Magret; Montada, Leo (Hg.): Produktives Leben im Alter, Frankfurt/New York: Campus, 290-322.

Kruse, Andreas (2008): Die Welt Demenzkranker. Die Lebensqualität demenzkranker Menschen. Wissenschaftliche, praxisbezogene und ethische Überlegungen, 3. Sächsischen Altenhilfe-Kongress »Herausforderung Demenz«, Vortrag, 03.12.2008.

Kruse, Andreas (2017): Lebensphase hohes Alter. Verletzlichkeit und Reife, Berlin: Springer.

Kuiper, Ruthanne; Pesut, Daniel; Kautz, Donald (2009): Promoting the self-regulation of clinical reasoning skills in nursing students, The Open Nursing Journal 2, 76-85.

Lauri, Sirkka; Salanterä, Sanna (1995): Decision-making models of Finnish nurses and public health nurses, Journal of Advanced Nursing 21, 520-527.

Lawton, Powell; Moss, Miriam; Hoffman, Christine; Grant, Richard; Ten Have, Thomas; Kleban, Morton (1999): Health, valuation of life, and the wish to live, Gerontologist 39, 406-416.

Levett-Jones, Tracy Lynn (2007): Facilitating reflective practice and self-assessment of competence through the use of narratives, Nurse Education in Practice 7(2), 112-119.

Lieb, Klaus (2009): Hirndoping. Warum wir nicht alles schlucken sollten, Mannheim: Artemis & Winkler.

Löser, Angela Paula (2003): Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege erstellen. Schnell, leicht und sicher, Hannover: Schlütersche.

Maio, Giovanni (2017): Mittelpunkt Mensch. Lehrbuch der Ethik in der Medizin - Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege, Stuttgart: Schattauer.

Merkel, Reinhard (2019): Neuroenhancement, Autonomie und das Recht auf mentale Selbstbestimmung, in: Viertbauer, Klaus; Kögerler,

Reinhart (Hg.): Neuroenhancement. Die philosophische Debatte, Berlin: Suhrkamp, 43-89.

Merkel, Reinhard; Boer, Gerard; Fegert, Jörg; Galert, Thorsten; Hartmann, Dirk; Nuttin, Bart; Rosahl, Steffen (2007): Intervening in the Brain. Changing Psyche and Society. Berlin/Heidelberg/New York: Springer.

Mezirow, Jack (1991): Transformative Dimensions of Adult Learning, San Francisco: Jossey-Bass.

O'Neill, Eileen (1994): Home health nurses' use of base rate information in diagnostic reasoning, *Advances in Nursing Science* 17, 77-85.

Ryff, Caroll, Keyes, Corey (1995): The structure of psychological well-being revisited, *Journal of Personality and Social Psychology* 69(4), 719–727.

Savulescu, Julian; Sandberg, Anders; Kahane, Guy (2011): Well-Being and Enhancement, in: Savulescu, Julian; ter Meulen, Ruud; Kahane, Guy (Hg.): *Enhancing Human Capacities*, Chichester, 3-18.

Schöne-Seifert, Bettina; Stroop, Barbara (2015): Enhancement. Centre for Advanced Study in Bioethics Münster, Preprint and Working Paper, 2015/71, Download unter: https://www.uni-muenster.de/imperia/md/content/kfg-normenbegrueundung/intern/publikationen/schoene-seifert/71_sch__ne-seifert.stroop_-_enhancement.pdf (Zugriff am 10.10.2019).

Schöne-Seifert, Bettina; Talbot, Davinia; Opolka, Uwe; Ach, Johann (2009): *Neuro-Enhancement. Ethik vor neuen Herausforderungen*. Paderborn: mentis.

Spranger, Tade Matthias (2009): Der Einsatz neurowissenschaftlicher Instrumente im Lichte der Grundrechtsordnung, in: *Juristen Zeitung* 64(21), 1033-1040.

Spranger, Tade Matthias (2011): Neuroenhancement in der Rechtsordnung. Legal Implications of Neuroenhancement, *Suchttherapie* 12(04), 164-166.

Staudhammer, Martina (2018): Selbstreflexion – Die eigenen Handlungskompetenzen erweitern, in: Staudhammer, Martina (Hg.): Prävention von Machtmissbrauch und Gewalt in der Pflege, Berlin: Springer, 155-164.

Stegmaier, Ralf (2007): Kompetenzentwicklung in der Arbeit, in: Schuler, Heinz; Sonntag, Karlheinz (Hg.): Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie, Göttingen: Hogrefe, 126-140.

Williams, Bridgette (2015): The Roper-Logan-Tierney model of nursing. A framework to complement the nursing process, Nursing2019 45(3), 24-26.

Zitationsvorschlag:

Wiloth, Stefanie Sandra (2019): »Human Enhancement« in der Altenpflege. Ein *vertieftes* Verständnis aus gerontologischer und ethischer Perspektive. (Ethik und Gesellschaft 2/2019: Enhancement). Download unter: <https://dx.doi.org/10.18156/eug-2-2019-art-4> (Zugriff am [Datum]).



ethikundgesellschaft
ökumenische zeitschrift für sozialetik

2/2019: Enhancement

Hermann Diebel-Fischer: Für mein besseres Ich? – Selbstoptimierung als Technik des Enhancements. Eine theologische Annäherung

Ruth Conrad: Enhancement und Authentizität. Eine praktisch-theologische Spurensuche

Anika Christina Albert: Technische Assistenzsysteme im Alter: Therapie oder Enhancement? Theologisch-ethische Reflexionen angesichts der Leiblichkeit des Menschen

Stefanie Sandra Wiloth: »Human Enhancement« in der Altenpflege. Ein *vertieftes* Verständnis aus gerontologischer und ethischer Perspektive