

Helen Kohlen

Sorge-Ethik als menschliche Praxis im Unterschied zu Technik und Robotik in der Pflege

Care Ethics as Human Praxis in Contrast to Technology and Robotics in Care

Zusammenfassung

Inwiefern kann zwischen einer menschlichen Sorgeethischen Praxis und Technik unterschieden werden? Mit Bezug auf Hannah Arendt (1999) wird der Unterschied zwischen Praxis und Technik erläutert. Während technisches Handeln Gefahr läuft, auf ein Verrichten nach Regeln, Gesetzen und Standards reduziert zu werden, erfordert sorgende Praxis ein kontinuierliches in Beziehung Treten, die Wahrnehmung von Bedürfnissen und Reflexion von Ungleichheiten. Auch Ansätze der Care-Ethik, die Sorge als eine Praxis verstehen, können einen Orientierungsrahmen bieten. Mit Rückgriff auf das Thema Robotik in der Pflege stelle ich exemplarisch Anwendungsmöglichkeiten der vorgeschlagenen Differenzierungen vor.

Schlüsselwörter: Sorgeethik, Praxis, Technik, Robotik, Pflege

Abstract

To what extent can a distinction be made between human care/ethical practice and technology? This question is explored, with reference to the work of Hannah Arendt (1999). While technical practice runs the risk of being reduced to a discrete performance according to certain rules, laws, and standards, caring practice requires a continuous entering into a relationship, as well as a perception of the needs and a reflection of inequalities. Also, there is a differentiation of certain approaches of care ethics – which conceive of ‘care’ as praxis and offer a suitable frame of reference. This paper, which draws on the topic of robotics in nursing, examines several examples of possible applications of these proposed differentiations.

Keywords: care ethics, practice, technology, robotics, nursing

Prof. Dr. Helen Kohlen
Lehrstuhl Care Policy und Ethik
Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar
(PTHV)
Pallottistr.3, D-56179 Vallendar
hkohlen@pthv.de

Hannah Arendt hat mit dem Begriff der Gebürtlichkeit (Natalität) unser immer schon auf andere Bezogensein betont.¹ Für Arendt bedeutet das Bezugsgewebe menschlicher Abhängigkeiten eine in die *conditio humana* eingelassene Sozialität. Alle Menschen sind zu Beginn ihres Lebens bedürftig und auf Pflege im Sinne einer sorgenden Praxis, d. h. nicht nur auf Versorgung, sondern auch auf Zuwendung angewiesen. Eine sorgende Praxis geht über ein simples Versorgen hinaus: Zuwendung, einschließlich Berührung, Kompetenz und Verantwortung kennzeichnen eine sorgende Praxis. Dieses Angewiesensein gilt nicht für alle, aber viele, auch am Lebensende. In der Zwischenzeit ist fast niemand frei von pflegebedürftigen Phasen, die sich ggf. auf ein Versorgen reduzieren lassen. Diese biologische, sozialpsychologische sowie empirische Tatsache verweist auf eine existentielle Bedeutung von Pflege als sorgende Praxis. Diese Praxis sollte jedoch nicht irgendwie vonstatten gehen, sondern wir erwarten, dass wir kompetent versorgt, verantwortlich behandelt und selbst beim Sterben entlang unseren Bedürfnissen achtsam begleitet werden. Somit ist gute sorgende Praxis nicht frei von einer ethischen Dimension. Angesichts der existentiellen Bedeutung einer sorgenden Praxis ließe sich eine entsprechende gesellschafts-politische Anerkennung folgern. Das geschieht jedoch nicht, höchstens punktuell, in Zeiten wie der Corona-Krise, in denen die Gesellschaft ihr Angewiesensein auf Pflege offenkundig erfährt.

Was ist der Unterschied zwischen menschlicher Praxis und Technik?

Durch die gesamte europäische Philosophie hindurch findet man das Nachdenken über die Besonderheit menschlicher Praxis im Unterschied zu Theorie und im Unterschied zu Technik. Technik, in der antiken Philosophie (*Poiesis* genannt) meint das Herstellen von Gegenständen, von Werkzeugen und Kunstwerken. In der Neuzeit gründet sie sich nicht mehr nur auf handwerkliches Können, sondern auf naturwissenschaftliche Erkenntnis (also

auf Theorie) und weitet sich zu industrieller Großtechnik mit Planung und Organisation aus. Praxis ist in zunehmendem Maße auf Technik und auf Organisation angewiesen. Man kann Technik und Organisation verbessern, um Praxis zu unterstützen. Praxis, so auch sorgende Praxis im Feld von Medizin und Pflege, ist in zunehmendem Maße auf Technik und auf Organisation angewiesen. Das ist ein Zeichen unserer Zeit. Man kann Technik und Organisation verbessern, um Praxis zu unterstützen.

Das Machen unterliegt allerdings einer Versuchung. Es ermöglicht ein gemeinsames Handeln, auf ein Ausüben und ein Verrichten nach Regeln, Gesetzen und Standards zu reduzieren. Warum sollten wir zuversichtlich sein, dass das Miteinander-Handeln nicht fortschreitend durch Technik ersetzt wird, insofern eine Beibehaltung von kritikwürdigen Strukturen (u. a. Personalmangel mit der Konsequenz von Zeit- und Qualitätssicherung für eine notwendige Gesprächskultur) und ökonomischen Orientierungen nicht grundsätzlich in Frage gestellt wird?

Ein zentraler Unterschied zwischen Praxis und Technik lässt sich von Hannah Arendt² (1999) lernen. Arendt unterscheidet zwischen ‚Herstellen und Handeln bzw. Praxis‘. Das Herstellen geht von einem Modell aus, für dessen Verwirklichung ein Produktionsprogramm entworfen wird. Dieses orientiert den ganzen Herstellungsprozess auf ein Ziel hin. Die an der Herstellung Beteiligten haben sich an diesem Programm auszurichten. Sie müssen im Rahmen des Handlungsprogramms funktionieren. Am Herstellen, das die Entwicklung in den vergangenen Jahren sehr deutlich zeigt, sind Menschen nur so lange beteiligt, wie ihre Funktion nicht besser von Maschinen erfüllt werden kann (oder so lange der Maschineneinsatz zu teuer ist).

Anders beim Handeln im Gegensatz zum Herstellen: Ohne Menschen gibt es kein Handeln und keine Praxis. Es ist die Domäne des Umgangs der Menschen miteinander. Dieses Miteinander-Umgehen kann besser oder schlechter organisiert sein, doch es ist kein prinzipielles Merkmal, dass es rei-

bungslos funktioniert. Es bedeutet jedoch, dass jeder seine Ideen, Vorstellungen, Interessen und Bedürfnisse, Wünsche und Träume einbringt. Dies macht es im Unterschied zum Herstellen unmöglich, ein Handlungsprogramm, also einen Plan zu erstellen, in dem jeder nur mit Blick auf ein allen gemeinsam vorgegebenes Ziel funktionieren müsste.

Die Ergebnisse des Miteinander-Handelns sind nicht zu prognostizieren. Es ist damit gemeint, dass keiner genau das erreicht, was er angestrebt hat, alle stehen am Ende vor etwas, das sie nicht vorhergesehen haben. Wenn dennoch versucht wird, die Gesellschaft, das Leben, selbst das Sterben einzelner Menschen durchzuplanen, dann beginnt dies damit, dass man sich bemüht, alle nur möglichen Störfaktoren auszuschließen. Dies kann bis zu einem gewissen Grad – ist man (noch) überzeugt vom Handeln und einer sorgenden Praxis der Menschen – nie vollständig gelingen, und deshalb scheitert die Herstellung sozialer und politischer Ziele durch Pläne regelmäßig.³

Sorge-Praxis und ihre ethischen Dimensionen

Zunächst zum Verständnis einer Praxis der Sorge. Sorge, verstanden als eine Praxis ist weder eine rein geistige noch eine lediglich automatische und physische Tätigkeit, sondern eine Kombination vieler aufeinander abgestimmter fürsorglicher Aktivitäten des menschlichen Lebens. Eine solche Konzeptionalisierung als Praxis unterscheidet sich von einer Konzeptionalisierung als Prinzip oder Emotion. Sorge als Praxis zu fassen beinhaltet, dass Überlegungen und Handlungen eine Rolle spielen: Gedanken, Emotionen und Handlungen stehen miteinander in Verbindung und sind auf ein bestimmtes Ziel gerichtet.⁴

Zunächst geht es bei einer sorgenden Praxis darum, überhaupt zu bemerken, dass ein Bedürfnis existiert (caring about) und eine entsprechende Aktivität gefragt ist. 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 (caring for) ist es entscheidend, für die identifizierten Bedürfnisse die Verantwortung zu übernehmen sowie darüber nachzudenken, wie eine Unterstützung 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). Dies 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.⁵

Joan 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. Laut Tronto bilden auch Fragen der Kompetenz eine ethische Dimension in der Ausgestaltung einer sorgenden Praxis. Stehen zur Versorgung fachliche Ressourcen nicht zur Verfügung oder besteht eine eigene Unzulänglichkeit, so sei dafür zu sorgen, dass eine andere fachkundige Person die sorgenden Tätigkeiten übernimmt. Die Resonanz hat für Tronto eine ethische Dimension, weil Sorge eine Praxis ist, die mit Verletzlichkeit einher geht, auch in Bezug auf ein Übersehen von Reaktionen.

Tronto betont, dass keine Phase und kein Moment zwischen den Phasen frei von Möglichkeiten an Konflikten ist. Elisabeth Conradi⁶ weist darauf hin, dass eine sorgende Praxis ebenfalls nicht frei von Machtdynamiken ist. Gerade asymmetrische Beziehungen (z. B. Pflegende und Patient) sind

gekennzeichnet durch Machtungleichheit, die es zu reflektieren gilt, um Missbrauch zu vermeiden. In Anlehnung an Tronto versteht Conradi Sorge-Ethik als eine Praxis und entfaltet sie anhand von neun Thesen:

1. Sorge ist eine interaktive menschliche Praxis.
2. Im Verlauf von Sorge-Interaktionen entsteht zwischen den daran beteiligten Menschen eine Beziehung.
3. Sorge umfasst den Aspekt der Bezogenheit ebenso wie sorgende Aktivitäten.
4. Sorge umfasst sowohl das Zuwenden als auch das Annehmen der Zuwendung.
5. Die Asymmetrie von Sorge-Interaktionen hat eine besondere Bedeutung, da mit ihr eine Dynamik der Macht verbunden ist. Pflegende sind stets neu herausgefordert, Machtdifferenzen wahrzunehmen und zu begrenzen.
6. An Sorge-Interaktionen beteiligte Menschen sind unterschiedlich autonom, denn sie unterscheiden sich voneinander in ihren Fähigkeiten, Kompetenzen und in ihrer Autonomie. Conradi ist der Auffassung, dass Achtung in Sorge-Interaktionen nicht an eine Unterstellung von Autonomie gebunden ist. Gerade in Sorge-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 Differenz.
7. Achtsamkeit ist ein Geschenk, das nicht an eine Gegengabe gebunden ist. Achtsamkeit entstand nach Conradi aus der Notwendigkeit, Achtung zu entwickeln.
8. Sorge-Interaktionen können im Sinne Conradis auch nonverbal sein, d. h., auch körperliche Berührungen sind eingeschlossen.
9. In Sorge-Interaktionen sind Fühlen, Denken und Handeln miteinander verwoben. Gefühl und Verstand miteinander zu verbinden hält Conradi für einen zentralen Aspekt einer sorgenden Praxis. Es geht um ein reflektiertes

Handeln, das affektiv-emotionale mit kognitiven Anteilen verbindet.⁷

Eine sorgende Praxis, die Achtsamkeit zur Grundlage hat, sollte auch Anwendung im Bereich der Pflege finden können, denn es geht insbesondere um einen Umgang mit Menschen, die auf Hilfe angewiesen sind. Es geht nicht darum, verfahrensethische Maßnahmen zur Entscheidungsfindung in Bewegung zu setzen. Ziel ist nicht, das Falsche zu vermeiden oder gar Güter abzuwägen, sondern konkret etwas im Rahmen einer Pflegebeziehung auf achtsame Weise verantwortlich und kompetent zu tun.

Robotik in der Pflege

Es gehört zum Selbstverständnis demokratisch verfasster Gesellschaften, dass zentrale Fragen, die die Zukunft dieser Gesellschaft betreffen, qua politischer Willensbildung öffentlich ausgehandelt werden. Tatsächlich aber haben mit der Entwicklung der modernen Technik Prozesse eingesetzt, die darauf hinauslaufen, dass zentrale Fragen der Gestaltung menschlichen Zusammenlebens gewissermaßen durch die Hintertür technischer Vorgaben durchgesetzt werden, längst bevor Parlament, Parteien und die sonstigen demokratischen Instanzen darauf Einfluss nehmen können. Technik, Medizin und nicht zuletzt die Robotik werden zu Trägern einer nahezu unkontrollierten Subpolitik.⁸

Die Robotik bietet ein anschauliches Beispiel für diese Entwicklung. Denn die Kommissionen, die ihre Anwendung regeln sollen, werden typischerweise dann eingesetzt, wenn das Faktum schon geschaffen ist – also wenn der erste Roboter schon im Einsatz ist. Damit ist ein wesentlicher Schritt der Eigendynamik schon getan. Denn die Arbeitsweise solcher Kommissionen (und vielleicht auch die Fachkonsultation heute) beruht auf einem impliziten Fortschrittsmodell, wonach nicht die Neuerung, sondern das Aufhalten der Neuerung begründungspflichtig ist.⁹ Ethik hat die Aufgabe, wenn die Technik wie die Robotik bereits geschaffen ist, Kriterien für eine

„gute“ Umsetzung zu entwickeln, ohne dass eine grundsätzliche Kritik und offene Fragen noch eine Chance hätten, das Blatt zu wenden. Man könnte auch sagen, dass Ethik sich zur Akzeptanzbeschaffung nutzbar machen lässt.

Mit Elisabeth Beck-Gernsheim ist festzuhalten, dass die Durchsetzung von Technologien kein naturgesetzlich ablaufender, sondern ein sozialer Prozess ist. Er wird nicht von vorgegebenen Determinanten bestimmt, sondern von gesellschaftlichen, politischen sowie ökonomischen Bedingungen. Er ist abhängig von Machtverhältnissen und Gruppeninteressen, von Marktanteilen und Karrierechancen, von politischen Prioritäten, gesetzlichen Regelungen, privaten Entscheidungen. Er ist damit prinzipiell offen, aufhaltbar und auch steuerbar. Und er kann gebremst werden, auch wenn dies für die Gesellschaft sehr anstrengend sein mag.

Um zukünftige Pflegebedarfe zu decken, d. h. Sorgearbeit zu ergänzen und/oder zu ersetzen, wird auf digitale und insgesamt technische Lösungen, wie beispielsweise Robotik, gesetzt. Neben auf Assistenz ausgerichtete Roboter, die bei einfachen Tätigkeiten im Alltag, wie Getränke anreichen, unterstützend tätig sind, sollen sogenannte Beziehungsroboter durch Interaktion das soziale Miteinander unterstützen, wie die in Form einer Babysattelrobbe konzipierte Einheit Paro, oder auch humanoid erscheinende Roboter, wie Pepper oder Emma.¹⁰

Die Technikentwicklung in der pflegerischen Gesundheitsversorgung wird gegenwärtig durch zwei gegenläufige Trends vorangetrieben: einem demographisch wachsenden Anteil älterer, mit zunehmenden Lebensjahren häufig pflegebedürftigen Menschen steht ein demographisch sich ebenso zuspitzender Mangel an Pflegekräften entgegen. Das strategische Ziel der Europäischen Kommission sowie auch der Bundesregierung in Deutschland ist es, durch technologische Innovation die sich ausweitenden pflegerischen Versorgungsengpässe, d. h. Lücken zur Sicherung einer sorgenden Praxis, zu kompensieren.

„The initiative to create such robots stems from the foreseen lack of resources and healthcare personnel to provide a high standard of care in the near future: fewer people in the younger generations are available to meet the care needs of the ageing population“ (Wynsberghe 2015 with reference to WHO 2010“).

Folglich lautet die gesamtgesellschaftlich sensible Frage: Welche Formen von Sorgearbeit wollen wir in der Zukunft mitgestalten und welche Anstrengungen wollen wir unternehmen? Kann die Krise der Sorgearbeit mit technischen Lösungen beantwortet werden bzw. wollen wir – als Bürger der Gesellschaft – das? Auch wenn die Auffassung, dass politische Anstrengungen und die Verteidigung einer ethischen Sorgepraxis durchaus Anklang gefunden hat (...), zeichnet sich ein Kompromiss ab, nämlich die Auseinandersetzung mit der Frage, wie sich Robotik in eine beziehungsorientierte Pflege einbetten lässt. Optimistisch klingt die Aussage: „Das, was der Pflege immer bleibt, ist der direkte Kontakt zu dem Pflegenden. Denn bei allem technischen Fortschritt, auch der beste Pflegeroboter wird keinen Leib haben, der mit der zwischenmenschlichen Kommunikation der Menschen mithalten kann“¹².

Die Förderrichtlinie „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“ des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) reagierte im Jahr 2008 auf die sich verschärfenden demographischen Veränderungen.¹³ Diese Assistenzsysteme sollen neben der Förderung und Aufrechterhaltung von Patientenautonomie auch das Gesundheitssystem und die Pflegenden entlasten.¹⁴ Entsprechend sind zahlreiche Forschungsprojekte entstanden, die überwiegend technische Innovationen bieten. Laut einer Literaturrecherche waren vor fünf Jahren bereits 107 Roboter in der Entwicklung, um sie im geriatrischen Bereich einzusetzen.¹⁵

Insofern diese Entwicklung nicht mehr aufzuhalten ist, lautet die Frage im Kontext meines Plädoyers für ein Verständnis von Praxis im Un-

terschied zu Technik sowie für den Anspruch an ethische Kriterien: Welche Kriterien sind für eine sorgende Praxis, die auch ethischen Ansprüchen gerecht wird, für den Einsatz von Robotik in der Pflege anzuwenden?

Die Niederländerin Aimée van Wynsberghe hat ein sorgeorientiertes und wertensibles Design entworfen.¹⁶ Sie erhebt den Anspruch, die Elemente einer Sorge-Ethik als normative Kriterien zu verwenden. Es geht ihr um Werte, die einer sorgenden Praxis zugrunde liegen und weiterhin tragend sein sollen, wenn Technik zum Einsatz kommt. Robotik in der Pflege gilt es, in diesem Sinne wertensibel einzusetzen, d. h. eine Technologie mit den Werten einer sorgenden Praxis in Beziehung zu setzen.

Wie bereits ausgeführt, ist beispielsweise Berührung eine zentrale Aktivität der Sorgepraxis, die als solche geschätzt wird, aber auch ein Mittel, um andere Werte wie Respekt, Vertrauen und Intimität Ausdruck zu verleihen. Entsprechend darf auf Berührung bei einem Einsatz von Robotik nicht verzichtet werden. „Berührung ist das Symbol der Verletzlichkeit, das Bindungen und Subjektivität hervorruft“ (Sally Gadow 1985¹⁷).

Das wertensensible Design nach van Wynsberghe¹⁸ (2015) umfasst fünf Dimensionen:

1. Context: Kontext/ Zusammenhänge
2. Action involved: Die Aktionen, die nötig sind
3. Type of Robot: der Robotertypus
4. Manifestation of Moral Elements: Festlegung moralischer Grundlagen

Es geht darum, die Praxis, den Kontext, die einzelnen Aktionen, den Robotertyp und die moralischen Elemente präzise zu beschreiben. Beim Einsatz der Robotik ist es wesentlich, sich an den Alltagspraxen und ihren Werten zu orientieren. Der Kontext ist bedeutsam: Heben, Baden, Nahrung reichen erfordern unterschiedliches Tun, die mit Berührungen verbunden sind. Es kommt auf den Robotertypus an, was soll er warum innerhalb welcher Praxis ergänzen? Die Dimensionen Achtsamkeit, Verantwortung, Kompetenz und Resonanz dürfen dabei nicht ihren Geltungsanspruch verlieren.

Ich schließe mit einem Zitat von Norbert Elias: „Unter keinen Umständen darf man die Entwicklung der Gesellschaft so darstellen, als ob das alles aus dem Wollen und Planen der Menschen hervorgeht. Aus den Absichten von vielen Menschen, die sich zum Teil durchkreuzen, entsteht etwas, das von dem, was sie wollen, völlig verschieden sein kann“ (Norbert Elias).

Referenzen

- 1 Natalität bedeutet bei Arendt, einen neuen Anfang zu machen, Initiative zu entwickeln, die Routine des Alltags zu unterbrechen. Sie betont den Aspekt, dass Menschen in ihrem Handeln gemeinsam mit anderen tätig sind: Sie sprechen und lernen miteinander und unterscheiden sich voneinander.
- 2 Arendt H., *Vita activa. Oder vom tätigen Leben*, 11. Auflage, Piper, München (1999).
- 3 Kohlen H., *Troubling practices of control: re-visiting Hannah Arendt's ideas of human action as praxis of the unpredictable*, *Nursing Philosophy* (2015); 16(3): 161-166.
- 4 Conradi E., *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*, Campus, Frankfurt am Main, (2001).
- 5 Tronto J. C., *Moral Boundaries. A Political Argument of an Ethics of Care*, Routledge, New York (1993).
- 6 Vgl. Conradi E., siehe Ref. 4.
- 7 Ebd.
- 8 Beck-Gernsheim E., *Technik, Markt und Moral. Über Reproduktionsmedizin und Gentechnologie*, Fischer, Frankfurt am Main (1991).
- 9 Ebd.
- 10 Remmers H., *Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen*, in: Kohlen H., Giese C., Riedel A., Themenheft Pflege und Ethik. Aktuelle Herausforderungen. *Ethik in der Medizin* (2019); 31(4): 407-430; Manzeschke A., Petersen J., *Ethische Aspekte der Digitalisierung und Technisierung des Pflegealltags*, In: Monteverde S. (Hg.), *Handbuch Pflegeethik. Ethisch denken und handeln in den Praxisfeldern der Pflege*, Kohlhammer, Stuttgart (2020). S. 285-299.
- 11 WHO, *Health topics: Ageing* (2010), <http://www.who.int/topics/ageing/en/> (letzter Zugriff am 28.10.2020).
- 12 Uzarewicz C., Risch G., *Uzarewicz im Gespräch mit Gerhard Risch: Von der Industrie 4.0 zur Pflege 4.0 -1*, in: Hauck C., Uzarewicz C. (Hrsg.), *I, Robot – I, Care. Möglichkeiten und Grenzen neuer Technologien in der Pflege*, de Gruyter, Berlin (2019), S. 1-23.
- 13 Bundesministerium für Bildung und Forschung,

Förderrichtlinie „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben – AAL“ (2008), <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-337.html> (letzter Zugriff am 28.10.2020).

- 14 Weiß C., *Technik für ein selbstständiges Leben im Alter: Stand von Forschung und Innovation*, in: *Informationsdienst Altersfragen*, hrsg. vom Deutschen Zentrum für Altersfragen (2014); 41(3): 3-9.
- 15 Bedaf S., Gelderblom G. J., De Witte L., *Overview and Categorization of Robots Supporting Independent Living of Elderly People: What Activities Do They Support and How Far Have they Developed*, *Assistive Technology* (2015); 27(2), Taylor & Francis, Abingdon, S. 88-100.
- 16 Van Wynsberghe A., *Health Care Robots. Ethics, Design and Implementation*, Routledge, New York (2015).
- 17 Gadow S., *Nurse and Patient: The Caring Relationship*, in: Bishop A. H., Scudder J. r. (Ed.), *Caring, Curing, Coping. Nurse, Physician, Patient, Relationships*, Birmingham (1985), S. 31-43.
- 18 Van Wynsberghe A., siehe Ref. 16.

Weiterführende Literatur

- Kohlen H., *Geschlechtergerechte Sorgearbeit im Horizont der Care-Ethik*, in: Gassner M. U., von Hayek J., Manzei A., Steger F., (Hrsg.), *Geschlecht und Gesundheit. Gesundheitsforschung. Interdisziplinäre Perspektiven*, Band 1, Nomos, Baden Baden (2018), S. 253-285.
- Kohlen H., *Anerkennung ohne Umverteilung und Sorgearbeit ohne Care-Ethik? Plädoyer für eine Demokratisierung der Sorge/Care*, in: Dabrowski M., Wolf J. (Hrsg.), *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege*, 1. Auflage, Ferdinand Schöningh, Paderborn (2016), S. 53-62.
- Kohlen H., *Plädoyer für eine widerständige Care-Praxis – Zur Entwicklung von Care-Ethiken im internationalen Vergleich und ihrem Status in der Pflege*, in: Kleibel V., Urban-Huser C. (Hrsg.), *Caring – Pflicht oder Kür? Gestaltungsräume für eine fürsorgliche Pflegepraxis*, Facultas, Wien (2016), S. 15-27.
- Kohlen H., *Altern und Sorgearbeit. Gedanken über die Zukunft der Generationen- und Geschlechterverhältnisse*, in: Sailer-Pfister S., Proft I., Brandenburg H. (Hrsg.), *Was heißt schon alt? Theologische, ethische und pflegewissenschaftliche Perspektiven*, Grünewald, Ostfildern (2016), S. 139-149.