



# Lebensräume und Lebensträume aus ethischer Perspektive

---

**Ulrich H.J. Körtner**

Institut für Ethik und Recht in der Medizin

# Räume und Träume – eine biblische Annäherung



- Das Thema „Lebensräume – Lebensträume“ hat nicht nur eine ethische, sondern auch eine theologische Dimension. Wohl ist der biblische Gott ein Gott der Geschichte, weshalb die Zeitdimension im Alten wie im Neuen Testament eine beherrschende Rolle spielt. Aber daneben spielt auch die Dimension des Raumes eine theologische Rolle, die in jüngster Zeit auch in der biblischen Exegese und in den übrigen theologischen Disziplinen neu wahrgenommen wird.

- Dass neben der Zeitdimension auch die Raumdimension theologisch von Belang ist, kann gar nicht anders sein, weil der Mensch nach biblischem Verständnis eine leiblich-seelische Einheit darstellt. Er *hat* nicht nur einen Leib, sondern er *ist* zugleich Leib. Leibhaftig existiert er raumzeitlich. Leibhaftiges, leibliches Leben bedarf eines entsprechenden Lebensraumes. Menschenwürdiges Leben verlangt nach menschenwürdigen Lebensbedingungen, und dazu gehören eben auch menschenwürdige Lebensräume.

## Notwendige Abschiede

---

- Lebensmöglichkeiten lassen sich manchmal nur dann neu gewinnen und entdecken, wenn wir bereit sind, von lieb gewordenen Träumen und Illusionen Abschied zu nehmen. Zum rechten Umgang mit Lebensräumen und Lebensträumen gehören auch notwendige Abschiede. Das trifft in besonderem Maße auf Menschen im fortgeschrittenen Alter oder auf Menschen mit Behinderungen oder fortschreitenden Erkrankungen zu.

- Auf der einen Seite kann gerade die Akzeptanz dauerhafter körperlicher und funktioneller Beeinträchtigungen zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen, weil man nun endlich bereit ist, technische Unterstützung in Anspruch zu nehmen, welche die Unabhängigkeit und Mobilität fördert.
- Auf der anderen Seite ist mit der Inanspruchnahme technischer Hilfsmittel oder pflegerischer Unterstützung das Eingeständnis verbunden, dass es nie wieder so werden wird, wie es einmal war. Die neuen Lebens- und Handlungsmöglichkeiten sind nicht ohne einen schmerzhaften Abschied zu haben, mit dem auch Trauer verbunden ist. So gibt es im Alter selbst noch angesichts fortschreitender Gebrechlichkeit Lebensperspektiven und Entwicklungspotentiale.

# Umgang mit Gebrechlichkeit

---

- Der Umgang mit Gebrechlichkeit ist gleichermaßen eine individuelle, eine personalethische und eine soziale Herausforderung.
- Individualethisch gilt es, auch die letzte Lebensphase, chronische Morbidität und Gebrechlichkeit als Gestaltungsaufgabe anzunehmen.
- Der Umgang mit Gebrechlichkeit ist nicht nur die Aufgabe des Einzelnen, sondern auch eine personalethische Aufgabe im Kontakt zwischen Hilfsbedürftigen und Helfenden. Auch auf Seiten derer, die helfen wollen, gilt es, den richtigen Weg zu finden, damit die notwendige Hilfe nicht versagt, aber auch nicht durch eine falsch motivierte Überversorgung die Gebrechlichkeit noch gefördert wird.

# Assistive Technologien aus ethischer Sicht

- **AAL-Definition** des deutschen Bundesministeriums für Bildung und Forschung: „Konzepte, Produkte und Dienstleistungen [...], die neue Technologien und soziales Umfeld miteinander verbinden und verbessern mit dem Ziel, die Lebensqualität für Menschen in allen Lebenslagen zu erhöhen.“
  
- **Andere Begriffe:**
  - Assistive Technology (AT)
  - Health ‚Smart‘ Home (HSH) [z.B. Frankreich]
  - Citizen Health System (CHS) [Griechenland]
  - Welfare Techno House (Japan)
  - Smarthouse (USA)
  - Telemedizin

## Ziele von AAL

---

- Ein möglichst langes selbstbestimmtes Leben und Wohnen in den angestammten vier Wänden
- Kostendämpfung im Gesundheitswesen einer zunehmend alternden Gesellschaft
- Kompensation des Mangels an Pflegepersonal
- **N.B: AAL ist keineswegs auf Assistenzsysteme im Alter beschränkt**, sondern umfaßt jede Art von technischen Unterstützungssystemen (z.B. Freizeit-Assistenz; Fitness-Coach; Unterstützung bei schulischen oder universitären Hausaufgaben)!

## Der soziale Kontext von AAL

---

- Zur ethische Diskussion über AAL gehört eine kritische Analyse des gesellschaftlichen und politischen Kontextes bzw. der gegenwärtigen Diskurse über Alter(n), Gesundheit und Krankheit, Ressourcenallokation im Gesundheitswesen.

## AAL und Lebensqualität

---

- Begriff der **Lebensqualität** (vgl. die eingangs zitierte Definition von AAL) ist zu diskutieren:  
Wie weit läßt sich der Begriff der Lebensqualität verobjektivieren? Wer definiert Lebensqualität? Die betroffenen Personen oder Außenstehende, z.B. Ärzte oder Pflegepersonal?
- „Lebensqualität“ und „Wohlbefinden“

- Ethischer Grundsatz: Der Einsatz assistiver Technologien in Medizin und Pflege soll stets patientenzentriert erfolgen.
- Patientenzentrierter Einsatz von AT setzt Berücksichtigung von tatsächlichen individuellen Alternsprozessen, persönlichen Lebensumständen etc. voraus.

# AAL, Autonomie und Fürsorglichkeit

- **Autonomie** bzw. Recht auf Selbstbestimmung  
vs.  
**Fürsorgepflicht**
- **Selbstverantwortung**  
vs.  
**Fremdverantwortung**
- Wie weit haben Dritte oder die Gesellschaft bzw. die Solidargemeinschaft das Recht, vom Individuum ein bestimmtes Gesundheitsverhalten und einen bestimmten Lebensstil zu verlangen oder gar zu erzwingen?
- **Menschenwürde, Toleranz und Respekt** gegenüber individuellen Wertvorstellungen, Sitten und Gewohnheiten?
- **Autonomieprinzip, Benefizienzprinzip und Nichtschadensprinzip: Informed Consent** bei AT, Einsatz von AT bei nicht zustimmungsfähigen Personen. Problem der Compliance. Wie weit reicht das Recht oder die Pflicht, Menschen vor sich selbst zu schützen?

# AAL und Menschenrechte

---

- Art. 2 EMRK: Recht auf Leben
- Art. 5 EMRK: Recht auf Freiheit und Sicherheit
- Art. 8 EMRK: Recht auf Privatsphäre: Achtung des Privat- und Familienlebens, der Wohnung und des Briefverkehrs

## AAL und die Frage der Gerechtigkeit

---

- Wer bezahlt den Einsatz von AT?
- Gleicher Zugang für alle zu AT?  
(Ressourcenallokation!)
- Sanktionen bei fehlender Compliance?

AAL ist unter verschiedenen Gerechtigkeitsbegriffen zu diskutieren:

- Verteilungsgerechtigkeit
- Tauschgerechtigkeit
- Befähigungsgerechtigkeit

## AAL und forschungsethische Fragen

---

- Medizinische Forschung und Pflegeforschung unterliegen der Kontrolle durch Ethikkommissionen
- Ethikkodices für medizinische Forschung: Helsinki-Tokyo-Deklaration
- Analoge Regeln gelten für Pflegeforschung.
- Ethikkodex für sonstige Forschung am Menschen?
- Codes of Conduct für Technische Wissenschaft und Forschung
- Regelungsbedarf für Forschung auf dem Gebiet von AAL?



## Fallbeispiel

---

Elisabeth F. ist 78 Jahre alt und hat seit ihrem Sturz im vergangenen Herbst Angst erneut zu stürzen. Frau F. verläßt seitdem immer seltener die Wohnung, in der sie bislang selbständig wohnt. Sie hat sich beraten und ihre Wohnung ihren Bedürfnissen entsprechend umbauen lassen. Sie kann nun auf ein erweiterbares System zur unterstützten Wohnraum Gestaltung zurückgreifen, das bei ihr derzeit mehrere Module umfaßt. Installiert sind die Module Mobilität, Sturz, Medikamente, Kommunikation, Inkontinenz und Ernährung.

## Die Module im Fallbeispiel (I)

---

- **Kommunikation:** Videokonferenz über TV mit Verwandten und Freundinnen (gegen Einsamkeit und Depressionen)
- **Medikamente:** interaktiver Blister (iBlister) der an Medikamenteneinnahme erinnert und Möglichkeit von virtuellen Hausbesuchen des Arztes
- **Inkontinenz:** „intelligentes“ WC, Blasen- und Beckenbodentraining. Werte und Urinanalysen werden gegebenenfalls an Hausarzt gesendet.

## Die Module im Fallbeispiel (II)

- **Mobilität:** am Handgelenk installiertes Sensorsystem, das laufend Gangsicherheit, Gleichgewicht und Vitalwerte kontrolliert. Ein durch Daten zusammengestelltes Bewegungsprogramm soll Sturzrisiko minimieren. Für den Fall eines Sturzes: Protektoren (eine Art Airbag) an den Hüften.
- **Sturz:** Wohnung ist mit Sensoren ausgestattet, die im Fall eines Sturzes Notruf aussenden. Außerdem sind die Ärzte von der Patientin autorisiert, die Gesundheitsakte und die Medikation einzusehen, um gegebenenfalls eine OP vorbereiten zu können.
- **Ernährung:** Ernährungsmanager beugt dem Risiko der Mangelernährung vor (kontrolliert z.B. Inhalt des Kühlschranks).

## Ethische Fragestellung des Fallbeispiels (I)

- **Datenschutz** (u.a. auch Diskussion um AAL und ELGA)
- **Privatsphäre**
- **Verantwortung:**
  - ▶ Wer ist verantwortlich für die angemessene Praxis der Telemendizin?
  - ▶ Begrüßenswerte Deinstitutionalisierung wirft neue Fragen nach Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten auf: Anders als im Krankenhauskontext mit seiner klaren Rollen und Verantwortungsteilung sind in einem AAL-Setting mehrere Akteure lose verbunden.
  - ▶ Wie wird die Verantwortung in diesem neuen Kontext geteilt bzw. zugewiesen und koordiniert? Wer hat die Letztverantwortung?
  - ▶ Welche haftungsrechtlichen Regelungen bestehen bzw. sind zu entwickeln?

## Ethische Fragen des Fallbeispiels (II)

- **Abhängigkeit:** Minimiert oder vergrößert der Einsatz an Technik die Anhängigkeit der Betroffenen? Wie steht es mit der Fehleranfälligkeit bzw. Fehlerfreundlichkeit von AAL-Systemen?
- **Objektivierung:** Wird durch AAL die Dominanz von objektiven Daten in Medizin und Gesundheitswesen verstärkt?
- **Alter als eigene Lebenszeit:** Welches Alter(n)skonzept steht hinter AAL? Alter als Verlängerung der aktiven Arbeitszeit? Oder wird Alter als eigene Lebensphase gewürdigt? Und wie gehen wir – auch wenn wir einseitig defizitorientierte Alterskonzepte kritisieren – mit der Erfahrung der Endlichkeit und des Todes um?
- **Leiblichkeit:** Virtualisierung menschlichen Lebens durch AT, die freilich auch in anderen Lebensbereichen stattfindet. Wo bleibt die Dimension unserer Leiblichkeit, auch der Leiblichkeit zwischenmenschlicher Kommunikation und Beziehungen (z.B. Körperkontakte).