

Experteninterview mit Dr. Silja Samerski, Universität Bremen:

Nutzen und Risiken von psychotherapeutischen E-Health-Angeboten:

**1. Die zunehmende Digitalisierung des Gesundheitswesens ist nicht nur in technischer Hinsicht ein komplexes Geschehen, sondern erfordert auch eine Auseinandersetzung mit den damit verbundenen rechtlichen Aspekten. Könnten Sie uns über die aktuelle Debatte einen kurzen Überblick geben?**

Im Zentrum der aktuellen rechtlichen Debatte steht der Schutz der Persönlichkeit bzw. der Datenschutz. Das deutsche Datenschutzrecht erlaubt das zweckfreie Sammeln von Daten eigentlich nicht – und steht damit im Widerspruch zu den heutigen Praktiken des Datensammelns. Vor fast 35 Jahren hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) das Recht auf informationelle Selbstbestimmung formuliert, also das Recht, selbst über die Preisgabe von persönlichen Daten bestimmen zu können. Die Formulierungen sind heute aktueller denn je: Das BVerfG stellte fest, dass „mit dem Recht auf informationelle Selbstbestimmung (...) eine Gesellschaftsordnung nicht vereinbar (wäre), in der Bürger nicht mehr wissen können, wer was wann und bei welcher Gelegenheit über sie weiß.“ Sich frei entfalten und frei mitwirken im demokratischen Gemeinwesen können nur diejenigen, die nicht davon ausgehen müssen, dass ihr Tun überwacht und gespeichert wird, so das BVerfG. Heute passiert jedoch genau das, immer mehr Lebensäußerungen werden registriert und gespeichert. Die größten Datensammler sind jedoch in Deutschland nicht staatliche Institutionen, sondern die großen Konzerne. Verfechter von Big Data versuchen nun, das Recht auf informationelle Selbstbestimmung „weiterzuentwickeln“, wie der Deutsche Ethikrat es formuliert – aufzuweichen, wäre wohl treffender. Meist wird leider die informationelle Selbstbestimmung durchlöchert, um Big Data und Digitalisierung nicht zu behindern – und nicht umgekehrt. Die Europäische Datenschutz-Grundverordnung, die im Mai 2018 in Kraft tritt, versucht ja, die informationelle Selbstbestimmung gegenüber den allgegenwärtigen Datenkraken zu verteidigen. Soweit ich gehört habe, wird das Gesetz bereits jetzt schon ausgehöhlt. Daten sind das Öl des 21. Jahrhunderts, das muss man sich klarmachen.

**2. In Deutschland ist die Online-Psychotherapie unter anderem wegen der rechtlichen Bedenken (vgl. u.a. die Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern) noch nicht Bestandteil der Regelversorgung, sondern wird derzeit lediglich im Rahmen von Forschungsprojekten angeboten. Gibt es Erfahrungswerte aus der Regelversorgung in anderen Ländern, die auf unsere Versorgungsstruktur übertragbar sind?**

Ich weiß, dass in vielen anderen Ländern, z.B. in den USA oder in Großbritannien, Online-Psychotherapien bereits im Einsatz sind. Die Gesundheitssysteme sind dort aber völlig anders; Großbritannien hat eine zentrale staatliche Gesundheitsversorgung, den NHS, und „Psychotherapeut“ ist z.B. keine geschützte Bezeichnung. Online-Psychotherapien werden sowohl in Großbritannien als auch in den USA offenbar in wachsendem Maße nachgefragt. Ein Grund dafür sind auch dort die langen Wartezeiten für eine herkömmliche Psychotherapie.

Was aus den dortigen Berichten deutlich wird ist erstens, dass Therapeuten für textbasierte Online-Therapien unbedingt geschult werden müssen. Das Schreiben erfordert andere Umgangsweisen und Sensibilitäten und führt schnell zu Missverständnissen. Daher gibt es in Großbritannien schon das Zertifikat zum „Certified Cyber Therapist“. Zweitens wird immer wieder betont, dass reine Online-Therapien eigentlich nicht erstrebenswert sind. Es ist wichtig, dass ein Arzt oder Therapeut den Patienten auch zu Gesicht bekommt. In einem Artikel merkt ein Patient - eigentlich ein Technik-Fan – an, dass ihm erst die Online-Sitzung deutlich gemacht habe, wie wichtig die zwischenmenschliche Begegnung ist.

**3. Wenn die Datensicherheit der patientenbezogenen Informationen auch in einer digitalen Gesundheitsbranche gewährleistet wäre, welche weiterführenden ethischen und sozialen Belange sind bei der**

## **Digitalisierung zu benennen und zu berücksichtigen? Unterscheidet sich das psychotherapeutische Handlungsfeld hierbei von anderen heilkundlichen Bereichen?**

Ich will vor allem einen Aspekt nennen, der in der herrschenden Diskussion oft untergeht: Die Frage, wie sich unser Gesundheitswesen und letztlich unser soziales Miteinander durch die Digitalisierung ändert. Die Psychotherapie ist ja weitgehend eine sprechende Profession; der Patient spricht von sich, und die Psychotherapeutin hört zu. Die beiden gehen eine Beziehung miteinander ein, in der es um viel mehr geht als um die Anwendung von Techniken. Der Sinn dafür, dass ein solches Gespräch, in dem zwei Menschen leiblich gegenwärtig sind, etwas völlig anderes ist als die Kommunikation von Information – Information austauschen kann auch ein Computer – geht in unserer Gesellschaft zunehmend verloren. Bis zum Anfang des 18. Jahrhunderts war jede Begegnung zwischen Arzt und Patient eine Konversation. Patienten erzählten von ihren Leiden und vertrauten darauf, dass ihre Erzählungen im Arzt einen Widerhall fanden. Die medizinische Kunst bestand vornehmlich im Zuhören. Die Verwissenschaftlichung der Medizin und Objektivierung des menschlichen Körpers haben den Patienten in der Medizin jedoch zum Verstummen gebracht. Das Anhören wurde sozusagen durch das Abhören abgelöst. In einer datengetriebenen Medizin verschwindet nun auch der individuelle Körper und wird durch ein Datenprofil ersetzt. Was als normal und was als auffällig bzw. behandlungsbedürftig gilt, bestimmen Daten, Normwerte und statistische Korrelationen - ganz gleich, wie sich der leibhaftige Mensch fühlt und woran er leidet. Vor ein paar Jahren beklagte ein Teilnehmer auf einem Ärztekongress, dass die Medizin anfangs, nicht mehr Menschen zu behandeln, sondern die „Graphiken“.

Für mich ist die zentrale Frage angesichts der Digitalisierung, ob es gelingen kann, das Bewusstsein für die Kluft zwischen virtueller und realer Welt zu kultivieren: die Kluft zwischen gesichtslosem Datenprofil und leibhafter Person, zwischen Risikokalkulation und unvorhersehbarer Zukunft, zwischen Statistik und unberechenbarem Individuum, zwischen technisch vermittelter Kommunikation und zugewandtem Gespräch. Vielleicht können Psychotherapeuten hier Vorreiter sein, weil sie noch wissen, wie wichtig Gegenwart, Zuhören und Verstehen für eine menschliche Begegnung und Heilkunst sind.

**4. Heilkundliches Handeln soll sich an den ethischen Prinzipien der Biomedizin (nach Beauchamp und Childress) orientieren: Die vier Prinzipien (Prinzip des Respekts vor der Patientenautonomie, Prinzip des Wohltuns, Prinzip des Nichtschadens und Prinzip der Gerechtigkeit) gilt es gegeneinander abzuwägen. Wie könnte eine ethische Diskussion mithilfe der Prinzipienethik in Bezug auf die Online-Psychotherapie aussehen? Wie würden sich die Prinzipien konkretisieren (lassen)?**

Ganz pragmatisch betrachtet muss der Nutzen und die Sicherheit von Online-Psychotherapien zunächst einmal gesichert sein, bevor sie angeboten werden. Das ist selbstverständlich. Für ebenso wichtig halte ich, im Sinne der Patientenautonomie, die Freiwilligkeit bzw. Wahlfreiheit. Denjenigen, die keine digitalen Produkte nutzen wollen oder können, dürfen keine Nachteile entstehen. Das würde eigentlich auch bedeuten, dass Patienten nicht schlichtweg deshalb zur Online-Psychotherapie gedrängt werden, weil sie sonst zu lange auf ihre Behandlung warten müssen.

Ich bin ja keine Ethikerin, sondern Soziologin. Voraussetzung für ethische Abwägungen ist für mich daher immer eine genaue Untersuchung der sozialen und kulturellen Auswirkungen. Es reicht nicht zu fragen, wie es meist geschieht, welche unmittelbaren Chancen und Risiken bestimmte Technologien mit sich bringen, sondern wir müssen auch in Betracht ziehen, in welchem Kontext sie stehen, wie sie soziale Beziehungen verändert und wie sie bisherige Selbstverständlichkeiten umkrempeln. Autonomie, Gerechtigkeit, (Nicht-)Schaden und Wohltun sind ja erst einmal große Begriffe, die viel Interpretationsspielraum lassen. Ich habe beispielsweise in früheren Projekten untersucht, wie professionellem „Selbstbestimmungs-Unterricht“, also Beratungen, die PatientInnen zu „selbstbestimmten Entscheidungen“ befähigen sollen, das Verständnis von „Selbstbestimmung“ grundlegend verändert, ja sogar verkehrt. Plötzlich bestimmen beispielsweise genetische Berater, wann die Entscheidung einer schwan-

geren Frau, sich vorgeburtlich testen zu lassen oder nicht, als „selbstbestimmt“ und „eigenverantwortlich“ gilt und wann nicht. Und was sie für eine solche Entscheidung wissen und abwägen soll. Vor diesem Hintergrund kann man dann die Frage stellen, ob das, was die Patientenautonomie zu fördern vorgibt, letztlich nicht vielleicht sogar die Autonomie untergräbt. Daher brauchen ethische Abwägungen immer auch eine gute und kritische sozialwissenschaftliche Analyse.

**5. In den Berufsordnungen der Psychotherapeutenkammern wird neben den Prinzipien der Biomedizin auch ein utilitaristisches Prinzip aufgeführt: Die Verpflichtung Nutzen zu mehren. Dieser aus der Wirtschaft stammende utilitaristische Gedanke ist in den größtenteils dyadischen Therapeut-Patient-Konstellationen schwierig zu realisieren. Welche Möglichkeiten könnten sich aus E-Health Angeboten dazu ergeben?**

Ich kann in einer Verpflichtung, Nutzen zu mehren, nichts Ethisches erkennen – im Gegenteil. Ich halte mich hier gerne an den großen Soziologen Zygmunt Bauman; er macht einen Unterschied zwischen moralischen Entscheidungen und technischer Rationalität. Mit Emmanuel Levinas, einem jüdischen Philosophen des 20. Jahrhunderts, argumentiert er, das moralische Empfinden das Antlitz des Gegenübers zur Voraussetzung hat. Das moralische Sehvermögen ist kurzsichtig, sagt er, sie bezieht sich auf konkrete Menschen, auf Begegnungen, auf Gesichter. Auch Hannah Arendt hat sehr deutlich gemacht, dass sich der Versuch, abstrakten Gruppen und Entitäten Gutes zu tun, schnell ins Gegenteil verkehrt: Echtes Mit-Leiden, so Arendt, kann „nicht weiterreichen als bis zu dem konkreten und augenfälligen Leiden des Einzelnen.“ Es ist wortlos. Davon unterscheidet sie das Mitleid, das sie verachtet, weil es Menschen instrumentalisiert: das Mitleid ist abstrakt, verallgemeinernd, wortreich. Robespierre, schreibt sie, war aus Mitleid für die Armen stumpf für das Leid der Einzelnen. Eine Verpflichtung, Nutzen zu mehren, ist ebenfalls abstrakt und verallgemeinernd. Sie scheint mir der Sphäre des Mitleids anzugehören, oder gar der technischen Rationalität – nicht jedoch dem Reich des Ethischen.

**6. Ein weiteres ethisches Prinzip, welches sich in verschiedenen ethischen Richtlinien findet ist das Prinzip der Verantwortung. Der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. appelliert in Bezug auf die Einrichtung einer Online-Sprechstunde an die Patientinnen und Patienten bei ihrem Arzt Druck zu machen. Wer trägt Ihrer Meinung nach die Verantwortung für die Etablierung von Online-Angeboten?**

Verantwortung ist heute ein großes und zugleich leeres Wort; es ist höchst aufgeladen ohne etwas Konkretes zu bedeuten. Meist wird es appellativ gebraucht, es hat vor allem eine soziale Funktion. Ich erinnere mich beispielsweise noch, dass mich Genetiker für den Tod von Kranken verantwortlich machen wollten, weil ich die Gentechnik kritisierte. Letztlich kann ich ja nur für das Verantwortung übernehmen, was in meinem Einflussbereich liegt. Wie gesagt, Online-Angebote müssen geprüft und zertifiziert werden, und hierfür sind dann die entsprechenden deutschen Behörden verantwortlich, z.B. das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte sowie die Datenschutzbeauftragten. Ansonsten würde ich nicht von Verantwortung sprechen, sondern die Etablierung von Online-Angeboten – idealerweise – als gesellschaftlichen Aushandlungsprozess verstehen, bei dem verschiedene Gruppen, Interessen, Vorstellungen und Perspektiven sich miteinander sowie mit den technologischen Entwicklungen und ihren Folgen auseinandersetzen. Das braucht seine Zeit, aber so ist das eben mit demokratischen Vorgängen.

*Dr. Silja Samerski, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethnologie und Kulturwissenschaft an der Universität Bremen (internationales Forschungsprojekt zu Gesundheit, Wohlfahrt und Superdiversity)*

*Das schriftliche Interview für den DGVT-Berufsverband führte Dr. Pia Beiderwellen, Psychologische Psychotherapeutin, Dortmund*

12. Februar 2018