

MARTIN W. SCHNELL

Ethik der digitalen Gesundheitskommunikation

Der umfassende Prozess der weltweiten Digitalisierung prägt alle gesellschaftlichen Systeme in unterschiedlicher Weise. Die Digitalisierung wird an dieser Stelle als ein sozialer Prozess auf der Basis technischer Möglichkeiten und der Bereitschaft von Bürgern verstanden, personenbezogene Daten in einen online-gestützten Umlauf zu bringen. Im Gesundheitswesen tritt die Digitalisierung in der Form von E-Health auf. E-Health ist eine elektronische Datenorganisation, die die Fitness und Wellness des gesunden Menschen und auch die Gesundheit von konkreten Patienten, die von Ärzten beobachtet und behandelt werden, zum Inhalt hat. Der Einzug von E-Health wird aktiv von der Versicherungswirtschaft unterstützt.

Auf der Basis von Richtlinien der EU ist im Jahre 2002 von der damaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die Devise ausgegeben worden, dass die digitale Kommunikation in das Gesundheitswesen Einzug halten müsse. Seit 2007 bietet die FH Flensburg einen Masterstudiengang E-Health an, der erfolgreich Gesundheitsberufler und Krankenhausmanager ausbildet. Im Dezember 2015 wurde das sogenannte E-Health-Gesetz verabschiedet, das die elektronische Patientenakte regelt. Die Gestalter des E-Health-Prozesses versprechen sich allerdings erheblich viel mehr von der Digitalisierung. Sie folgen der Vision »E-Health als Gestalter der Gesundheit von morgen« (<https://www.kpmg.com/DE/de/Gesundheitsbarometer KPMG 2015>). Diese Vision zielt auf eine umfassende Veränderung des Verhältnisses der Bürgergesellschaft zu elementaren Existenzvollzügen wie dem Leben, der Gesundheit, dem Altern und dem Sterben ab.

Nachfolgend sollen die Dimensionen der Digitalisierung im Gesundheitswesen ausgelotet werden, und zwar mit dem Fokus auf die Ethik in der Gesundheitskommunikation und ihrem Umfeld. Im europäischen Ausland finden inzwischen Prozesse statt, die anzeigen, welche Veränderungen auch in Deutschland anstehen werden, und vermuten lassen, welche ethischen, rechtlichen und sozialen Folgen der Einsatz von E-Health-Technologien haben wird. Seit der Künstlichen-Intelligenz-Forschung der frühen 1960er Jahre sind immer wieder Revolutionierungen der gesamten Welt angekündigt worden, die in dieser Weise jedoch nie eingetreten sind. Die bevorstehende Digitalisierung greift nicht nur in unseren Alltag ein, wie es der Personal Computer getan hat, sondern

darüber hinaus auch in unser Fleisch und Blut. Im Angesicht dessen müssen wir vermutlich Edmund Husserl widersprechen, auf den die Aussage zurückgeht, dass die Lebenswelt als die »wirklich anschauliche, wirklich erfahrene und erfahrbare Welt, in der sich unser ganzes Leben praktisch abspielt, [...] ungeändert [bleibt], was immer wir kunstlos oder als Kunst tun.« (Husserl 1976, 51)

Digitale Gesundheitskommunikation vs. Mensch-Roboter-Interaktion

Wie jede technische Innovation stößt auch die Digitalisierung auf eine gesellschaftliche Alltagsmentalität in der Lebenswelt, die nicht einfach übersprungen werden kann. Deutschland ist ein Land, das in der Tradition der Romantik steht. Natur, Authentizität und Begegnung gelten als Parameter für Wahrheit und Echtheit. Entsprechend wurde bei der Einführung des Fernsehens im letzten Jahrhundert nichts weniger als der Verlust der Realität befürchtet. Bis vor kurzer Zeit galt es als soziale Störung, wenn Menschen, zumeist junge, auf ihren Handybildschirm starrten, statt sogenannte echte Menschen anzuschauen. Anders verhält es sich in Japan. Dort existiert traditionell ein Verständnis von Natur und Technik, das eine hohe Alltagsakzeptanz für Technologien begünstigt (vgl. Lévi-Strauss 2012). Japan ist daher ein Vorreiter von *Digital Nursing* im Bereich der Robotik.

Vor über zehn Jahren reagierte der japanische Staat auf die sogenannte Überalterung der Gesellschaft mit einer verstärkten Förderung der Entwicklung von Haushaltsrobotern. Weil es an echten Menschen mangelt, sollen »künstliche Menschen« (Wagner 2013, 38) anstehende Dienstleistungen, Hilfestellungen und Pflegeverrichtungen im Haushalt durchführen. Damit ist der Weg für die Lebensform posthumaner Familien geebnet. Das ist möglich, weil die Alltagsmentalität in Japan so ausgerichtet ist, dass etwa alte Menschen pflegerische Versorgungsverrichtungen, die Roboter mit und an ihnen vornehmen, als Unterstützungsleistungen erfahren und akzeptieren. Dem Digital Nursing kommt zugute, dass in Japan mechanische Servierpuppen, die Tee einschenken, und Mangamythologien verbreitet sind. In den 90er Jahren erreichte die Popsängerin Kyoko Date eine sehr große Popularität. Da sie die Hitparade anführte, interessierte sich die Öffentlichkeit auch für ihr Privatleben. Kyoko ist ein digitales Kunstprodukt, kaum anders als ein Tamagotchi. Das war dem Publikum völlig bewusst. Dennoch wollte es wissen, wie Kyoko lebt, was sie zum Frühstück isst. Somit erfand die Softwarefirma eine Lebensgeschichte für ihren Star.

Mensch – Maschine im Licht der Romantik

Der Gebrauch von Robotern zur Assistenz im Alltag und in der häuslichen Pflege wird in Deutschland durchaus akzeptiert. Ein Roboter wird aber nur als reines Instrument geduldet. Ein Roboter ist kein Mensch, er ist eine unpersönliche Maschine. In diesem Sinne soll er nur dort eingesetzt werden, wo es um den Einsatz von Kraft geht (z. B. Menschen aus dem Bett heben), wo das Grobe erledigt werden muss (z. B. staubsaugen) oder bei krankengymnastischen Übungen. Im Unterschied zum Roboter ist der Mensch ein Partner, der allein zu Ansprache, Berührung und Gefühl in der Lage ist. Darin liegen die eigentlich humanen Qualitäten begründet.

In dieser Ansicht wird die von der Romantik geprägte Auffassung Europas reproduziert. Sie zeigt sich im Dualismus Mensch vs. Maschine. Diese Thematik findet man um das Jahr 1800 sehr oft aufgenommen, etwa in Heinrich von Kleists »Über das Marionettentheater« (1810). Interessanterweise existieren vor 1800, also zeitlich vor der Romantik, durchaus andere Ansätze. Man denke nur an La Metries programmatische Schrift »L'homme machine« von 1748.

Ein möglicher Transhumanismus durch eine Verbindung von Mensch und Maschine wird von deutschen Usern im Gesundheitswesen heute aus dem Bereich der häuslichen Pflege verbannt, und zwar im Lichte einer Abgrenzung von den Sitten in Japan. Für einen Europäer ist es schwerer als für einen Japaner vorstellbar, soziale Beziehungen zu Computerspielfiguren zu unterhalten und Bordelle aufzusuchen, in denen ausschließlich Sexpuppen aus Silikon vorzufinden sind.

Auszug aus der Forschung von Alexander Hochmuth, Interview 94 CZ (vgl. Beitrag Hochmuth in diesem Band):

»Sie hatten vorher im Vorgespräch anklingen lassen, dass sie sich schon mit dem auseinandergesetzt haben. Was verstehen sie unter dem Begriff Roboter?« #oo:11:14-5#

Person: »Tja. Ich habs eigentlich nur gelesen, dass es von Japan rübergekommen ist. Und ich habe auch wie gesagt letztens eine große Reportage über Japan gelesen. Japan ist ja nun ein sehr automatisiertes Land. Japan ist nicht auf Menschen, auf zwischenmenschliche Beziehungen ausgerichtet. Ich war entsetzt was da eigentlich haben. Die heiraten sich selber. Die kaufen sich hübsche Kleider und lassen sich fotografieren. Aber sind nicht verheiratet. In Japan gibt es Männer eben halt die so in Spielsalons rumhängen, das ist der ihr Leben. Und hier gehen die Männer in den Puff, sag ich mal wenn sie Single sind. Dort gehen sie auch in einen Institution um mit einer hübschen Frau zu reden vielleicht, sie müssen dafür bezahlen und eventuell dürfen sie die Hand der Frau mal

berühren. Da müssen sie auch für bezahlen und das höchste der Gefühle was sie machen dürfen ist den Kopf in den Schoß einer Frau legen. Da habe ich gedacht ›was ist das für ein Land?‹. Und deswegen hat es mich auch nicht gewundert als ich gelesen habe, dass die Roboter aus Japan kamen. Die werden das auch und dann werden die ja auch sehr alt dort. Und die werden eine große Anzahl von Menschen haben die sehr alt werden. Die werden diese Roboter anwenden und für die wird das komplett normal sein.«

Aufgrund der kulturellen Differenz ist die Akzeptanz der Mitwirkung von künstlichen Menschen bei den zum Teil intimen Pflegeverrichtungen in Europa noch eher gering. Die Digitalisierung findet hier ihre Verbreitung daher stärker im Bereich von E-Health. Ihr kommt wiederum die hohe Akzeptanz von Smartphones zugute. Von der Mensch-Roboter-Interaktion müssen wir Kommunikationen unterscheiden, die durch elektronische Medien vermittelt sind. Wir werden uns nachfolgend auf die digitale Gesundheitskommunikation beziehen. Die Interaktion mit Robotern wird nicht nur aus kulturellen Gründen ausgespart, sondern auch aus ethischen. Die Frage, ob beispielweise Roboter lebenserhaltende Maschinen abschalten dürfen oder sollen, wenn ein Patient es wünscht, würde uns in eine andere als die an dieser Stelle intendierte Richtung führen.

Begriffliche Unterscheidung:

Mensch-Roboter-Interaktion: Miteinander von hilfsbedürftigem Menschen und helfendem Roboter in räumlicher Nähe und zeitlicher Gegenwart.

Digitale Gesundheitskommunikation: Miteinander von hilfsbedürftigem Menschen und helfendem Mitmenschen in räumlicher Distanz und zeitlichem Präsenzfeld.

Unter digitaler Gesundheitskommunikation verstehen wir nachfolgend die Interaktion von Menschen, die sich an verschiedenen Orten und in einem gemeinsamen Präsenzfeld befinden.

Sie können zeitlich in direkter Konsektion miteinander kommunizieren, sie müssen es aber nicht. Nachrichten können gespeichert und später beantwortet werden. Digitale Gesundheitskommunikation, die durch Medien vermittelt und in den Bereich von E-Health fällt, unterscheidet sich damit von der bislang üblichen Gesundheitskommunikation, die auf raumzeitliche Präsenz setzt und von dort aus Anamnese, körperliche Untersuchung, Hilfestellung und Beratung denkt (vgl. Langer/Schnell 2009). Der fernmündliche Telefonanruf beim Hausarzt ist eine Vorstufe der Digitalisierung. Heute geht es nicht mehr darum, die individuelle Stimme des Anderen zu hören, sondern um die Übermittlung exakter Daten.

Digitalisierung

Digitalisierung ist ein sozialer Prozess auf der Basis technischer Möglichkeiten. Um ethische, soziale und rechtliche Folgen der Digitalisierung einschätzen zu können, ist es notwendig, den darin immanenten Begriff von *Daten* nicht nur informationstechnisch als Zahlenwert im Sinne der Informatik zu verstehen, sondern in erster Linie inhaltlich und damit qualitativ.

Dieser Punkt ist sehr wichtig und ihn nicht zu beachten hieße, die Auswirkungen der Digitalisierung auf die Demokratie völlig aus dem Blick zu verlieren (vgl. Bächle 2016, 157ff; Jacob/Thiel 2016). Die Digitalisierung im Bereich der Verwendung von E-Health ist somit die umfassende Speicherung und Verbreitung personenbezogener Daten besonderer Art, die (individuell) freiwillig erfolgen und der sich zugleich (in Sinne eines sozialen Prozesses) niemand entziehen kann.

Personenbezogene Daten besonderer Art enthalten Angaben über die rassische und ethnische Herkunft, politische Meinung, religiöse oder philosophische Überzeugung, Gewerkschaftszugehörigkeit, Gesundheit oder Sexualität einer Person (BDSG, § 3, Abs. 9). Die Erhebung, Verbreitung und Verwendung dieser Daten steht ethisch und rechtlich unter dem Schutz des *Bundesdatenschutzgesetzes* (BDSG) und der EU *Datenschutzgrundverordnung*.

Durch diese Bestimmungen unterscheiden sich die nachfolgenden Ausführungen von Überlegungen, die die Digitalisierung im Gesundheitswesen etwa auf die elektronische Speicherung von Angaben zur Dosierung von Medikamenten beschränken, also in der Hauptsache auf Bereiche jenseits der Interaktionen von Akteuren, wie Patienten und Ärzte (vgl. Waldhäusl 2017). Demgegenüber soll die Digitalisierung geradezu als Interaktionsgeschehen verstanden werden.

Von Ich und Du zum Quantified Self and Others

Gesundheitskommunikation ist traditionell seit Victor von Weizsäcker das Gespräch und der Austausch zwischen einem Helfer und einer hilfesuchenden Person. Gedacht ist das Gespräch von der raumzeitlichen Kopräsenz her. Das Vorbild dessen ist wiederum der Dialog zwischen Ich und Du im Kontext Dritter. Hier ist die Möglichkeit zu einer authentischen Begegnung, die seit Martin Buber und der Dialogphilosophie als Ort der Wahrheit, Aufrichtigkeit und Solidarität gilt (vgl. Löwith 2013). Die einander begegnenden Personen sind als leibliche Wesen grundsätzlich vulnerabel. Sie leben im Paradox von Selbststeigerung und Willen zur Macht auf der einen und der Hinfälligkeit und Sterblichkeit auf der anderen Seite (vgl. Schnell 2017). Es ist diese Grundkonstellation, die die

digitale Gesundheitskommunikation elementar verändert. Aufgrund der medialen Vermittlung, die eine raumzeitliche Kopräsenz entbehrlich werden lässt, kommt es zu einer fundamentalen Wandlung: aus dem Dialog von Ich und Du wird ein Austausch zwischen einem Quantified Self und Quantified Others (vgl. Olsen 2015).

An der Digitalisierung kann freiwillig teilnehmen, wer sich selbst zum Quantified Self macht und machen lässt. Das bedeutet, sich selbst mit Instrumenten (E-Health) in Form von Daten zu vermessen, auszudrücken, zu bewerten und anderen diese Daten zu übermitteln. Wer einmal in diesen Prozess freiwillig eingetreten ist, wird sich dem nur sehr schwer wieder entziehen können (vgl. Bächle 2016, 190ff).

Das Selbst tritt in eine Kommunikationsfamilie ein, in der bestimmte Regeln der auf Apps basierenden Kommunikation vorherrschen. Mit dem Eintritt in diese Familie verlebt sich das Selbst jene Regeln ein. Diese von Günthers Anders bis zu Pierre Bourdieu beschriebene Transformation bedeutet, dass der Andere an das Selbst nur anknüpfen kann, wenn auch er sich an den Regeln orientiert. Zu diesem Zweck muss der Andere in die Kommunikationsfamilie einheiraten und sich selbst zum Quantified Other machen und machen lassen. Die Kommunikation wird jetzt durch das Medium ermöglicht. Diese Prozesse hat bekanntlich bereits Marshall McLuhan beschrieben (vgl. McLuhan 1995).

Wenn das Selbst einmal mit Quantified Others in Verbindung getreten ist, dann wird es seinerseits wiederum in quantifizierender Sprache angesprochen. Sofern das Selbst nicht nicht kommunizieren kann, muss es diese Sprache übernehmen und sich als Quantified Self konstituieren. Damit ist die Kommunikationsfamilie perfekt! In diesem Sinne spricht Steffen Mau von einem »metrischen Wir« (vgl. Mau 2017). Das Selbst und die Anderen sind Teil eines Schwärms, der als solcher berechenbar ist. Das Ganze, der Schwarm, ist die Summe seiner Teile, die sich selbst und sich gegenseitig taxieren.

Die unmittelbare Begegnung zwischen Ich und Du, die das Zentrum der Ethik von Martin Buber und Emmanuel Levinas bildet, verwandelt sich durch die Quantifizierung. Nun gilt: Die Beziehung zum Du ist mittelbar. Das Durchbrechen der Vermittlung führt nicht zur Begegnung mit dem Anderen, sondern zum Kommunikationsabbruch. Das inhaltliche Thema der Kommunikation ist die Selbstkontrolle, Selbststeigerung und Überwachung des Anderen »Die Individuen sind *dividuell* geworden.« (Deleuze 1990, 258) Das bislang als unteilbar geltende Individuum wird aufspaltbar und aufgespalten in Stichproben, Daten und Stoffe, die der Evidenz über Grad und Potenz der Selbststeigerung gelten.

In all dem zeigt sich eine *erste* fundamentale und ethisch relevante Veränderung durch die Digitalisierung: die Selbststeigerung gewinnt an Bedeutung, die Sterblichkeit und das sinnhafte Eingedenken in die eigene Endlichkeit treten in den Hintergrund. Ein Grund für diese Entwicklung

liegt in der Ideologie einer Entmaterialisierung der Welt (vgl. Schnell 2002). Die Digitalisierung löst Körper in Daten auf. Es entstehen »Data Bodies«. Die Körper realer Personen »müssen nicht mehr präsent sein.« (Bächle 2016, 187f) Die Digitalisierung setzt damit auf breite, ja weltumspannende Weise eine von der KI-Forschung initiierte Entwicklung fort. Diese Tendenz tritt im Rahmen der digitalen Gesundheitskommunikation als Hilfestellung auf. In vielen zersiedelten ländlichen Räumen gibt es kaum Alternativen, da Ärzte und Pflegedienst nur selten vor Ort sind. Eine App ermöglicht daher allererst die Gesundheitsversorgung. Betrachten wir nun zwei Beispiele.

Beispiel 1: Die painApp

Die PainApp dient dem onlinebasierten Schmerzmonitoring (www.painapp.de). Patienten dokumentieren ihre Schmerzsituation mit dieser App auf einem Tablet. Der behandelnde Arzt kommentiert die Informationen ebenfalls online, so dass der ambulante Pflegedienst diese Kommentierung auch online einsehen kann, wenn er den Patienten in seiner Wohnung versorgt. Die PainApp dient einer Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Pflegedienst, die ohne Zeit- und Informationsverlust durchgeführt werden kann (vgl. Evers 2016).

Beispiel 2: Das Textile-based Monitoring

Die meisten Menschen möchten ihr Lebensende zu Hause verbringen. Zur medizinischen Versorgung von lebenslimitierenden Krankheiten gehört die Schmerz- und Symptomkontrolle. In der häuslichen Versorgungssituation trägt der Patient permanent eine mit Sensoren ausgestattete Weste. Die Sensoren messen relevante Parameter. Es sollen nicht nur der physische, sondern auch psychosoziale Zustände des sterbenden Menschen gemessen werden können. Der Prozess wird telemedizinisch überwacht. Bei kritischen Werten, die durch Sensoren der Weste kommuniziert werden, kommt es zu einer häuslichen Krisenintervention durch professionelle Helfer (vgl. Fringer 2015).

Die digitale Sterbebegleitung kann sogar noch vor der palliativmedizinischen Indikation beginnen. In einem Pilotprojekt geht es um die Erprobung der Patientenverfügung für das Smartphone, die den Notarzt über Behandlungswünsche in Notfallsituationen informiert und langwierige Prozeduren der betreuungsrechtlichen Ermittlung des Patientenwillens abkürzt (vgl. www.dipat.de).

Das Selbst als Objekt der Quantifizierung

In Unterschied zum Einsatz von Robotern ist die Quantifizierung durch digitalisierte Messgeräte in Europa eher akzeptiert. Dazu zählt die Bereitschaft des Menschen, sich selbst zu Hause Blut abzunehmen, den Gehalt zu bestimmen und das Ganze im Licht von Kriterien und Skalen quasi vorab zu diagnostizieren im Hinblick auf einen kommenden Kontakt zu einem Arzt. Die Selbstoptimierung tritt hier in Gestalt einer permanenten Selbstkontrolle auf.

Bewertung

Kommen wir nun zu einer *zweiten* Bewertung der das Selbst und die Anderen betreffenden Konsequenzen der Digitalisierung im Gesundheitswesen. Positiv betrachtet ermöglichen die E-Health Technologien:

- eine Steigerung der Selbsterkenntnis des Menschen durch Interpretation von Fakten auf der Basis von Vermessungen (was einem Enhancement-Effekt gleichkommt),
- mehr Selbstbestimmung von Patienten im Kontakt mit Institutionen der Gesundheitsversorgung,
- eine Kommunikation von Patienten mit Ärzten und Pflegenden ohne Zeit- und Informationsverlust,
- eine autonome Lebensführung von multimorbidem, geriatrischen und chronisch kranken Patienten im Alter,
- eine Optimierung der Begleitung am Lebensende.

Demgegenüber sind kritisch hervorzuheben:

- Verkürzte Kontaktzeit bei Konsultationen im Gesundheitswesen,
- die einseitige Wahrnehmung der eigenen Person als zu optimierende Maschine,
- eine Normierung der gesundheitsbezogenen Lebensführung,
- der Vorrang von kommunizierten Gesundheitsdaten im Form von Biometrie gegenüber der Person eines Patienten,
- Überwachung und Kontrolle,
- Zunahme der Lasten der Selbstverantwortung,
- die Verdrängung von Trauer und Abschied vor dem Tod.

Gesundheit, Altern und Sterben werden sich im Zeichen von E-Health verändern. In den Mittelpunkt treten: Optimierung, Quantifizierung, Technisierung, (Selbst)Überwachung des Lebens. Weniger attraktiv werden sein: Gebrechlichkeit, Endlichkeit, Abweichung von technischen

Normen. Weil die Digitalisierung in Form von E-Health elementare Veränderungen in der Patientenautonomie, der Selbstsorge, der familiären Fürsorge, der Lebenszeit, im Arzt/Patient-Verhältnis, in der Krankenversicherung, im Datenschutz, in der Patientensicherheit, der Beratung, der Prävention und im Gesundheitssystem insgesamt herbeiführt, werden in der Öffentlichkeit völlig neuartige Verständnisweisen von Gesundheit, Altern und Sterben entstehen. Mit dieser Entwicklung werden wir, so der Sachverständigenrat für Verbraucherfragen (2016), in einer Gesundheitsversorgung »beyond the pill« zu rechnen haben.

Konsequenzen

Vor dem Hintergrund dieser Perspektiven von Digitalisierung erhebt sich die Frage, welche Ethik angemessen ist, um die erwähnten Prozesse bewerten zu können. Wir gehen davon aus, dass die Autonomie der Person, die Fürsorge um konkrete andere Personen und die Gerechtigkeit gesellschaftlicher Institutionen in unserer Demokratie als wichtige Werte gelten (vgl. Schnell 2017). Im Rahmen einer Ethik der Digitalisierung müssten Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und andere Werte neu vermessen werden. Es stellen sich weiterhin die politische Frage, ob die Vision eines lebenswerten Lebens, die die E-Health-Industrie verbreitet, überhaupt wünschenswert ist und die datenschutzrechtliche Frage, wie die Macht, die in der Sammlung personenbezogener Daten liegt, kontrolliert werden kann. Der Datenschutz ist ein zentraler Punkt, da Gesundheitskommunikation zum Datenaustausch wird. Ich werde diesen Aspekt dennoch aussparen und fundamentaler ansetzen. Es geht mir nachfolgend darum, die Digitalisierung der Gesundheitskommunikation in die philosophischen Diskurse der Kultur, der Technik und der Macht einzubetten. Ziel dessen ist es, abschließend nach der Vorgestalt einer Ethik zu fragen.

Philosophie der Kultur

Der Mensch ist ein Wesen, das der Kultivierung (und der Zivilisierung) bedarf, wie Kant sagt. Die Frage ist dabei, ob der Kulturprozess Freiheit und Humanität erzeugt oder eher Gewalt und Konfliktstau. Diese Alternative ist eine der Fragen, die die Kulturphilosophie beschäftigt (vgl. Konersmann 1996). Ein Vertreter der ersten Ansicht ist Ernst Cassirer (zumindest bis zum Eintritt ins Exil), die zweite Ansicht vertreten Horkheimer und Adorno.

Form	Ziel	Autor
1. symbolische Formung	Humanität	Cassirer
2. Kulturindustrie	Kunde	Horkheimer/Adorno

Die Digitalisierung ist eine Kulturform, deren Ziel die Formung des Quantified Self und von Quantified Others ist. Selbst und Andere vermessen sich selbst mit Instrumenten, drücken sich in Form von Daten aus, bewerten sich und übermitteln die entsprechenden Daten an andere.

Philosophie der Technik

Es macht Sinn, im vorliegenden Argumentationskontext den philosophischen Diskurs der Technik auf den Menschen zu beziehen und nicht etwa nur auf die Wissenschaften. Wir können dann in dieser Hinsicht fünf Positionen voneinander unterscheiden.

Position	Funktion der	Beispiel	Autor
1. Technik	Kompensation biologischer Mangelausstattung	Hammer	Platon, Gehlen
2. Technologie	Vorschriften, Nachrichten	Navigations-system Flugzeug	Heidegger-Schüler: Anders, Marcuse, Jonas
3. Körpertechnik, Selbstdarstellung	Formierung des Körpers	Militär, Etikette	Mauss, Goffman, Bourdieu, Deleuze
4. Phänomen-technik	Organisation von Erfahrungsweisen	Fotoapparat	Bachelard, Blumenberg
5. Robotik	Dienstleistungskommunikation mit Freund und Helfer	Tee anreichen	Wagner

Die Technik der Digitalisierung ist Körpertechnik, da sie vom Quantified Self einverleibt und anverwandelt wird. Sie wirkt jedoch auch als Phänomenotechnik und als Technologie, da sie als Norm, nach der man sich richtet, erfahren wird.

Philosophie der Macht

Macht ist ein außerordentlich vielschichtiges Phänomen (vgl. Schnell 2004). Wir interessieren uns an dieser Stelle nur für eine bestimmte Position. Im Ausgang von Norbert Elias verstehen wir die Zivilisierung als Transformation von »Fremdwängen [...] in Selbstzwänge« (Elias 1976 I, 215) Macht ist damit nicht etwas, dass nur von außen auf Personen einwirkt und sie formt, sondern von Personen verinnerlicht wird und uns Menschen eine Selbstkontrolle über uns und andere ausüben lässt. Macht setzt sich somit »in unserem naiven Selbstverhältnis fest« (Liebsch 2005, 126). Michel Foucault zieht aus dieser Bewegung den für unsere Argumentation wichtigen Schluss, dass der »Analyse der Macht [...] eine Ethik zugrunde liegen muss, die durch die Beziehung seiner selbst zu sich definiert ist.« (Foucault 2004, 314).

Position	Macht als ...	Autor
Zivilisation	Transformation von Fremd- in Selbstzwänge	Elias
Gouvernementalität	Strategisches Feld, dem ein Subjekt der ethischen Selbstsorge zugrunde liegt	Foucault

Das Quantified Self betreibt die Selbstkontrolle und -regulation als Cura Sui (Selbstsorge). Das sich selbst quantifizierende Selbst glaubt an diese Art der Selbstsorge und hält sie für normal, selbstverständlich und unumgänglich, auch wenn diese Sorge Formen der erkennungsdienstlichen Selbstüberwachung annimmt (vgl. Bernard 2017). Die ethische Selbstsorge dient der Selbstoptimierung im Zeichen einer Angst des Seins zum Tod.

Philosophie der Ethik

Die Digitalisierung macht aus der vulnerablen Person einen *Homo Digitalis*, der ein Quantified Self ist (vgl. Schnell 2017). Wie wirkt sich dieser Prozess auf die zentralen Werte Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit aus? Welche Gestalt muss eine Ethik annehmen, die die Digitalisierung kritisch bewerten kann? Abschließend möchte ich dazu einige Anmerkungen unterbreiten und in die Gesundheitskommunikation münden lassen.

Zunächst ist festzuhalten, dass die Digitalisierung inhuman ist, weil sie eine halbierte Humanität produziert, die nur die regel- und technikförmige Seite menschlicher Kommunikation fördert und zugleich die

Endlichkeit und damit die Andersheit, Unbestimmtheit, Abweichung, Überschreitung, Unausdeutbarkeit, die auch wesentlich zum Menschlichen zählen und daher ethisch sehr relevant sind (vgl. Meyer-Drawe 1996, Gamm 2000), ausblendet. Halbiert ist Humanität, wenn der Glaube real ist, dass Kommunikation eine Reaktion auf eindeutige Zeichen und Codes ist. Humanität ist jedoch mehr als das, was als personenbezogene Daten gefasst, gesendet, kommentiert und gespeichert werden kann. Um den Überschuss des Humanen über quantifizierbare Daten betonen zu können, möchte ich an eine frühere Argumentation anknüpfen, die ich im Ausgang von Paul Ricœur bereits vor fast 20 Jahren in die biopolitische Diskussion eingeführt habe (vgl. Schnell 1999). Es handelt sich um das Konzept der narrativen Identität, das zu erklären versucht, worin die Identität einer Person besteht. Ich konzentriere mich auf dieses Konzept, die Implikationen der langen und tiefgehenden philosophischen Diskussionen über die »Person« sind anderswo thematisiert (vgl. Schnell 2016). Im Mittelpunkt steht vielmehr die Frage, was an einer Person sinnvollerweise als personenbezogene Angabe im Sinne des Datenschutzgesetzes verstanden werden kann und daher in die digitale Kommunikation eingegeben werden könnte und was an einer Person nicht dazu zählt, weil es an die Präsenz des Anderen gebunden ist.

Das Auftaktargument lautet, dass die Identität einer Person aus zwei Elementen besteht: der Selbigkeit (idem) und der Selbsttheit (ipse). Die Selbigkeit betrifft das Was einer Person und damit unsere Eigenschaften, die wir als Habitualitäten und als Charakter erwerben. Jene Eigenschaften haben sich im Laufe der Zeit und auch gegen den Lauf der Zeit, der eine Person durch das Altern anders macht, stabilisiert. Durch meine Eigenschaften (idem) bin ich im Unterschied zu anderen Personen identifizierbar. Bestimmte dieser Eigenschaften gelten als Daten, die meine Person im Rahmen von Überprüfungen an Flughäfen oder in Behörden feststellbar machen.

Ein anderer Aspekt der Identität bezieht sich auf das Wer einer Person und meint deren Selbsttheit (ipse). Auch er erklärt, wie Identität als eine Beständigkeit meiner in der Zeit und durch die Zeit hindurch möglich ist. Die Identität ist hier an die Begegnung mit Anderen gebunden. Ein Musterbeispiel dafür ist das Versprechen. Wenn ich verspreche, jemandem morgen bei der Gartenarbeit helfen zu wollen, tue ich eigentlich etwas, das unmöglich ist. Woher will ich denn heute wissen, dass ich morgen noch derselbe sein werde? Es könnte sein, dass der Lauf der Dinge meine Absichten verändert, so dass ich morgen keine Lust mehr zur Hilfe verspüre. Wenn derart empirische Argumente Gültigkeit besäßen, dann wären Abkommen und Verpflichtungen zwischen Menschen überhaupt völlig unmöglich.

Das Versprechen ist demgegenüber nun aber eine Institution, die Identität wider die verändernde Zeit ermöglicht. Wenn ich jemandem etwas

verspreche, dann lege ich im Angesicht dieser Person fest, dass ich treu bei meinem gegebenen Wort und damit bei mir selbst, meiner Absicht und auch bei der Person bleiben werde. Wie immer sich meine Neigungen über Nacht ändern mögen, ich verspreche ihr heute, dass ich auch morgen noch ich selbst sein werde. Im Wort-Halten drückt sich die Selbstheit (ipse) meiner selbst aus und zeigt, wer ich bin.

Dieses Konzept betont, dass Identität zwei wichtige Elemente hat: das Wer und das Was einer Person. Beide sind relevant. Für unsere Zusammenhänge folgt daraus, dass der Überschuss des Wer über das Was dafür sorgt, dass eine Person nicht nur ein X ist, das in das Profil eines Datensubjekts passt oder passend gemacht wird.

Ethik der Digitalisierung

Das ethische Ziel, das von Befürwortern der Digitalisierung der Gesundheitskommunikation formuliert wird, ist die Beförderung der Autonomie von Patienten, die Verbesserung von Fürsorge und eine Optimierung des Gemeinwohls. Die Digitalisierung würde damit unser Verständnis von Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit als zentrale Werte der Demokratie weiterentwickeln, behaupten die Befürworter. Es ist nun sehr wichtig, auf diese Ankündigung differenziert zu reagieren, um Ambivalenzen ausleuchten zu können.

Einerseits ist zu betonen, dass unser bisheriges Verständnis von Autonomie Selbstbeherrschung verlangt, dass Fürsorge rationale Aushandlung und dass Gerechtigkeit auch Ökonomisierung bedeuten. An diese vorhandenen Aspekte kann die Transformation der Person in ein Quantified Self and Others anknüpfen. Die Digitalisierung fördert damit aber, wie bereits erwähnt, die Halbierung von Humanität und Reduktion einer Person auf ihre Selbigkeit. Dem ist entgegenzuhalten, dass andererseits unser bisheriges Verständnis von Autonomie nicht nur Selbstbeherrschung, sondern auch eine Passivität, eine Leiblichkeit und eine Endlichkeit der Person bedeutet, dass Fürsorge um andere immer auch über rationale Aushandlungen hinaus den Anderen als Anderen im Blick hat und dass Gerechtigkeit immer auch eine Gabe beinhaltet, die jedes Nutzenkalkül übersteigt (vgl. Schnell 2017). An diese Aspekte knüpft die Digitalisierung nicht an, sie droht sie vielmehr zu entwerten. Digitalisierung ist in ethischer Hinsicht zu tiefst ambivalent!

Eine ethische Bewertung der Digitalisierung muss diese Ambivalenz berücksichtigen und auf die Gefahr einer Halbierung von Humanität und der Reduktion von Autonomie, Fürsorge und Gerechtigkeit auf quantifizierbare Daten hinweisen.

Zusammenfassung im Licht der Gesundheitskommunikation

Jede fundamentale Innovation wird als Antwort auf wesentliche Menschheitsfragen verkauft. Das gilt für die Elektrizität, die Kernenergie, die Biotechnologie und für viele andere alltagsrelevante Erfindungen. Die Vision von der Lösung fundamentaler Probleme durch eine einzige Innovation ist nicht nur, aber auch eine Ideologie, denn neue Technologien schaffen stets auch neue Probleme (vgl. Schnell 2002).

Die Digitalisierung ist nicht die Lösung aller Kommunikationsrätsel, auch nicht jener im Gesundheitswesen. Sie ermöglicht eine Cura Sui des Homo Digitalis im Sinne von Selbsterkenntnis und Fremdbeobachtung (vgl. die Beispiele »painApp« und »Textile-based Monitoring«), sie unmöglicht eine Beachtung jeder Andersheit einer Person, die nicht als Datenangabe auftreten kann.

In der traditionellen Medizinkommunikation wird seit Victor von Weizsäcker der Unterschied von Jemand und Etwas beachtet. Ein Patient ist beides: ein Mensch (Wer, Jemand), der an etwas (Was) leidet. Die digitale Gesundheitskommunikation legt das Schwergewicht auf das Was, das als quantifizierbare, personenbezogene Daten besonderer Art mitteilbar ist. Patienten sind irritiert, wenn sie im Urlaub aufgrund mangelnder WLAN-Verbindung keinen Zugang zur Ernährungsdatenbank ihres Hausarztes erhalten. Wir wissen, dass sich Patienten sicher fühlen, wenn sie Angaben über Schmerz, Ernährung, Gewicht etc. einer Online-Beobachtung durch professionelle Heilberufler unterstellen können (vgl. Gale/Sultan 2013). Diese Situation ergibt sich aber nur, wenn sie durch leibhaftige Ich/Du-Gespräche begleitet wird. Nicht umsonst ist in der Psychologie eine Online-Behandlung von Depressionen nur zugelassen, wenn sie von Patient/Therapeut-Gesprächen flankiert wird. Auch jeder telemedizinische Austausch benötigt diese Flankierung. Modellversuche, die eine bloße Online-Fernbehandlung ausprobieren, gelten in der Hauptsache der Einsparung von Kosten. In der betastenden Medizin (etwa der Dermatologie) bleibt die leibhaftige Gegenwart stets mehr als nur die Umrahmung einer ansonsten digitalen Kommunikation. Narrationen und Gespräche, in denen sich die Selbstheit einer Person einem Anderen gegenüber entfaltet, sind nicht identisch mit einer Messung und Sendung von personenbezogenen Daten. In der Gesundheitskommunikation sind somit beide Aspekte wichtig: die (durchaus digitalisierbaren) Inhalte einer Kommunikation und die Gestaltung der Beziehung zwischen Patient und Heilberufler.

Ethische Rahmenbedingungen für den Gebrauch von Gesundheitstechnologien

Ethische Rahmenbedingungen für den Gebrauch von Gesundheitstechnologien (Apps, Assistenzsysteme, Telemedizin), die aus Sicht der Nutzer formuliert werden, müssen nach Pro und Contra ausgerichtet sein. Die Digitalisierung ist kein Prozess, den man befürworten oder ablehnen kann, weil er nichts ist, das zur Pro-oder-Contra-Entscheidung steht – so wenig wie Europäer über die Christianisierung oder den Kapitalismus entscheiden konnten. Gleichwohl kann Digitalisierung gestaltet werden. Zu diesem Zweck ist eine Debatte über das Für und Wider bestimmter Aspekte der Digitalisierung sinnvoll.

Im Hintergrund einer solchen Debatte steht immer auch das Problem der Verantwortbarkeit der Prozesse der Digitalisierung. Dieser Gesichtspunkt des Ethischen im Rahmen der Lebenswelt ist offenbar von hoher Relevanz. Das betont auch der Deutsche Ethikrat in seiner Stellungnahme vom November 2017 zum Thema »Big Data und Gesundheit – Datensouveränität als Informationelle Freiheitsgestaltung« ausdrücklich. Aus Sicht einer ethischen Nutzerorientierung lassen sich folgende Rahmenbedingungen skizzieren.

Gesundheitstechnologien ermöglichen (pro):	... verunmöglichen (contra):
die Kommunikation personenbezogener Daten unter Beachtung des Datenschutzes	eine volle Humanität bei Vorrang der Daten gegenüber der Person eines Patienten oder Heilberuflers
Einholung und Erteilung von Informationen, ohne räumliche Distanz überwinden zu müssen	persönlichen Kontakt zwischen Patient und Heilberufler bzw. Therapeut bei schweren Krankheiten
Schilderung von Befinden	eine körperliche Untersuchung
Compliance aufgrund von Selbstinformation von Patienten	ein evidente Unterscheidung zwischen Wahrheit und Fake News bezüglich Gesundheitsinformationen
Einsatz von im Alltag und Ausbildung geschulten Personen	die Mitwirkung von Menschen, die keine Technikaffinität erlangen können.

Literatur

- Bächle, Th. Chr. (2016): *Digitales Wissen, Daten und Überwachung*, Hamburg.
- Bernard, A. (2017): *Komplizen des Erkennungsdienstes. Das Selbst in der digitalen Kultur*, Frankfurt/M.
- Deleuze, G. (1990): *Unterhandlungen 1972-1990*, Frankfurt/M.
- Elias, N. (1976): *Über den Prozess der Zivilisation 2 Bde.*, Frankfurt/M.
- Evers, A. (2016): *painApp. Mobiles Schmerzmonitoring zur Verbesserung des multiprofessionellen Schmerzmanagements*, Salzburg.
- Foucault, M. (2004): *Hermeneutik des Subjekts*, Frankfurt/M.
- Fringer, A. (2015): *Textile-based Monitoring System in Palliative Home Care*, St. Gallen.
- Gale, N. und H. Sultan (2013): »Telehealth as ›peace of mind‹: embodiment, emotions and the home as the primary health space for people with chronic obstructive pulmonary disorder«, in: *Health & Place*, 21, 140-147. DOI: 10.1016/j.healthplace.2013.01.006
- Gamm, G. (2000): *Nicht nichts. Studien zur Semantik des Unbestimmten*, Frankfurt/M.
- Gehring, P. (2006): *Was ist Biomacht? Vom zweifelhaften Mehrwert des Lebens*, Frankfurt/New York.
- Husserl, E. (1976): *Die Krisis der europäischen Wissenschaften und die transzendentale Phänomenologie*, Den Haag.
- Jacob, D. und Th. Thiel (Hg.) (2016): *Politische Theorie und Digitalisierung*, Baden/Baden.
- Konersmann, R. (1996): *Kulturphilosophie*, Leipzig.
- KPMG (2015): *Gesundheitsbarometer Gesundheitswirtschaft KPMG (1/2015)*. Online unter: https://www.gesundheitswirtschaft.ihk.de/blob/kn_gesundheit/servicemarken/downloads/3333726/30c5e7affa19c-58c745ec9486cb44712/Gesundheitsbarometer-1_2015-data.pdf [Zugriff 18.06.2019].
- Langer, Th. Und M.W. Schnell (Hg.) (2009): *Arzt/Patient-Gespräch*, München.
- Lévi-Strauss, C. (2012): *Anthropologie in der modernen Welt*, Berlin.
- Liebsch, B. (2005): »Lebensformen des Selbst unter dem Druck der Biopolitik«, in: *Philosophischer Literaturanzeiger* (3/2005).
- Löwith, K. (2013): *Das Individuum in der Rolle des Mitmenschen*, Freiburg/München.
- Mau, St. (2017): *Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen*, Berlin.
- McLuhan, M. (1995): *Understanding Media*, Basel.
- Meyer-Drawe, K. (1996): *Menschen im Spiegel ihrer Maschinen*, München.
- Olsen, P. (2015). »The Quantified Others«, in: *Forbes.com* (26.07.2015).
- Schnell, M.W. (1999): »Narrative Identität und Menschenwürde«, in: A. Breitling et al (Hg.) (1999): *Das herausgeforderte Selbst. Perspektiven auf Paul Ricœur's Ethik*, Würzburg.
- Schnell, M.W. (2002): »Ideologie und Anthropologie«, in: H. Greving und D. Gröschke (Hg.) (2002): *Das Sisyphos-Prinzip*, Bad Heilbrunn.

- Schnell, M.W. (2004): »Macht«, in: *Wörterbuch der phänomenologischen Begriffe*, Hamburg.
- Schnell, M.W. (2016): »Person«, in: *Handbuch der Behindertenpädagogik*, Stuttgart.
- Schnell, M.W. (2017): *Ethik im Zeichen vulnerabler Personen. Leiblichkeit – Endlichkeit – Nichtexklusivität*, Weilerswist.
- Wagner, C. (2013): *Robotopia Nipponica. Recherchen zur Akzeptanz von Robotern in Japan*, Marburg.
- Waldhäusl, W. (2017): »Normen in der Medizin: Fortschritt oder Fessel?«, in: *Imago Hominis* (3/2017).