Evangelische Hochschule für angewandte Wissenschaften – Evangelische Hochschule Nürnberg

Health: Angewandte Pflegewissenschaften

Bachelorarbeit

Zur Erlangung des akademischen Grades
Bachelor of Science B.Sc.

# E-Mental Health:
# Eine anthropologische und ethische Reflexion neuer technischer Möglichkeiten mittels der Dialogphilosophie nach Martin Buber.

# E-Mental Health:
# An anthropological and ethical reflection of new technical possibilities by means of the philosophy of dialogue according to Martin Buber.

Machuletz Kevin

Gutachter: Herr Prof. Dr. theol. habil. Manzeschke Arne

Abgabetermin: 09. Januar 2020

**Abstract:**

E-Mental Health zeigt sich als vielversprechendes Mittel, um die Behandlungsmöglichkeiten psychiatrischer Versorgung zu erweitern und dem Pflegebedarf gerecht zu werden.

Das Ziel dieser Bachelorarbeit ist die ethische Reflexion von E-Mental Health mittels der Dialogphilosophie nach Martin Buber. Dabei lautet die Forschungsfrage im Kern: Inwieweit beeinflusst die Anwendung von E-Mental Health in der psychiatrischen Pflege das Verständnis der Beziehung aus dialogphilosophischer Sicht und welche moralischen Probleme können auf Grundlage dieser Konsequenzen auftreten?

In Vorbereitung zu dieser Arbeit wurde eine Literaturrecherche zu E-Mental Health durchgeführt. Anschließend wurde eine Ist-Analyse und Reflexion der Dialogphilosophie im Face-to-Face-Setting der psychiatrischen Pflege vollzogen. Nach der Reflexion moralischer Aspekte wurden schließlich die Argumente für und gegen den Einsatz von E-Mental Health diskutiert.

Durch die ethische Reflexion anhand der Dialogphilosophie konnten potenzielle moralische Probleme erörtert werden, welche negative Auswirkungen auf die pflegerische Versorgung auslösen. Fragen der Verantwortung und Gerechtigkeit, aber auch Qualitätsverlust pflegerischer Arbeit, Minderung pflegerischer Kompetenzen sowie eine Verdinglichung der Interaktionspartner stellen moralische Herausforderungen bei Anwendung von E-Mental Health dar.

Weitere Forschung zu den Auswirkungen von E-Mental Health auf die pflegerische Arbeit mit psychiatrischen Patienten ist notwendig. Zudem sollte das Phänomen der Beziehung weiter erforscht werden, da Beziehung als Faktor pflegerischer Arbeit eine hohe Bedeutung zuzuschreiben ist. Außerdem sind verbindliche Vorgaben und rechtliche Regularien zur Sicherung der Qualität notwendig.

E-mental health seems to be a promising medium of enlarging the treatment options for psychiatric care and meeting the need for nursing.

The aim of this bachelor thesis is the ethical reflection of e-mental health by means of the dialog philosophy according to Martin Buber. The main research question is: To what extent does the use of e-mental health in psychiatric nursing influence the understanding of the relationship from a dialogue-philosophical point of view and which moral problems could arise based on these consequences.

Preliminary for this work, a literature search on e-mental health has been carried out. Subsequently, an actual analysis and reflection of the dialogue philosophy in the face-to-face setting of psychiatric care has been fallowed. After the reflection, moral aspects for and against the use of e-mental health were discussed.

The ethical reflection based on the dialogue philosophy could lead to potential moral problems that have negative effects on nursing care. Questions of responsibility and justice, but also loss of quality, a reduction in nursing skills and an objectification of the interaction partners could constitute moral challenges when using e-mental health.

Further research on the effects of e-mental health on nursing work with psychiatric patients is necessary. Additionally, the phenomenon of relationship should be researched further, since it is of great importance for nursing. In addition, binding guidelines and legal regulations are necessary to ensure quality.

**Abkürzungsverzeichnis:**

| | |
|---|---|
| E-Health | Electronic Health |
| E-Mental Health | Electronic Mental Health |
| CINAHL | Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature |

**Inhaltsverzeichnis:**

**Abstract.....I**

**Abkürzungsverzeichnis.....III**

**1. Einleitung.....1**

**1.1 Hintergrund.....1**
**1.2 Die Rolle der Pflege in der psychiatrischen Versorgung.....1**
**1.3 E-Mental Health.....2**
**1.4 Fragestellung.....3**

**2. Methodik.....4**

**2.1 Pflegewissenschaftlicher Kontext.....4**
**2.2 Literaturrecherche.....4**
**2.3 Vorgehen in dieser Arbeit.....5**

**3. Hauptteil.....7**

**3.1 Kontextanalyse der Nutzung von E-Mental Health in der psychiatrischen Pflege.....7**
3.1.1 Analyse des Ist-Zustandes.....7
3.1.2 Rechtliche Lage, Stakeholder und Kontextsensibilität.....10
3.1.3 Dialogphilosophie nach Martin Buber.....11
3.1.4 Dialogisches Prinzip im Face-to-Face-Setting der psychiatrischen Pflege..14
**3.2 Moralische Aspekte bei der Anwendung von E-Mental Health.....17**
3.2.1 Die Beziehung zum „Du“ mittels E-Mental Health.....17
3.2.2 Verdinglichung der Interaktionspartner.....19
3.2.3 Verlust pflegerischer Kompetenzen und Qualität der Behandlung.....25
3.2.4 E-Mental Health im Kontext der Gerechtigkeit.....28
3.2.5 Die Verantwortungsfrage bei der Anwendung von E-Mental Health.....31

**4. Diskussion.....34**

**4.1 Diskussion moralischer Aspekte.....34**
**4.2 Implementierungsfrage.....40**
**4.3 Limitationen.....41**

**5. Fazit.....42**

**Literaturverzeichnis.....IV**

**Erklärung.....VIII**

# 1. Einleitung

## 1.1 Hintergrund

Die geschätzte Gesamtprävalenz für psychische Erkrankungen der 18-79-jährigen Bürger[1] in Deutschland liegt bei 27,8%.[2] Dabei stellen Angststörungen mit 15,4% und affektive Störungen mit 9,8% die größten Störungsgruppen dar.[3] Menschen mit psychischer Erkrankung weisen eine um zehn Jahre geringere Lebenserwartung auf als gesunde Personen in der Bevölkerung.[4] Von den insgesamt 17,8 Millionen Betroffenen stellen lediglich 18,9% Kontakt zu Leistungsanbietern her.[5] Die Krankheitskosten aufgrund von psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen belaufen sich auf 44,4 Milliarden Euro.[6]

## 1.2 Die Rolle der Pflege in der psychiatrischen Versorgung

Pflegefachkräften kommen in der Gesellschaft vielfältige Rollen zu. Dabei bestehen die Kompetenzen der Pflege in der Prävention von Erkrankungen, einer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen, niederschwelligen Therapieangeboten und der pflegerischen Versorgung erkrankter Personen.[7] Der Pflege ist hierbei auch in der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung eine essentielle Rolle zuzuschreiben.

Die psychiatrische Pflege beschäftigt sich mit der Erhaltung, Anpassung, als auch Wiederherstellung der lebenspraktischen Alltagsfähigkeiten der Patienten.[8] Ziel hierbei ist es, psychisch Erkrankte zu unterstützen, eine eigenständige Lebensführung wieder zu erlangen.[9] Auch Tagesstrukturierung, lebenspraktisches Training sowie Anleitung zum Umgang mit Krankheit und Medikamenten gehören zum Aufgabenbereich der psychiatrischen Pflege.[10] Die Patienten werden im Rahmen ihrer psychiatrischen Versorgung in Lebenskrisen aufgefangen, dabei bedient sich die Pflege der Beziehung und dem Verständnis gegenüber dem Patienten. Zwischenmenschliche Beziehung ist ein grundlegender Baustein psychiatrischer Pflege und wird als maßgeblicher Wirkfaktor der Behandlung des Patienten angesehen.[11] Die ambulante Versorgung psychisch erkrankter Personen stellt ein weiteres Tätigkeitsfeld der psychiatrischen Pflege dar.

Gemäß SGB V gehört die ambulante psychiatrische Versorgung zu den Leistungen der Krankenversicherungen und stellt ein aufsuchendes Angebot dar.[12] Dadurch sollen Krankenhauseinweisungen vermieden, beziehungsweise eine kontinuierliche Behandlung gesichert werden.[13] Im Rahmen einer Meta-Synthese haben Richter und Hahn das formelle und informelle Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden erhoben.[14] Hier zeigte sich ein differenziertes Spektrum an Tätigkeitsfeldern. Professionell Pflegende erheben unter anderem den Stand der psychischen Gesundheit, führen Monitoring der psychiatrischen Patienten durch, fördern das Medikamentenmanagement und überwachen deren Wirkungen und Nebenwirkungen.[15] Des Weiteren wenden sie psychotherapeutische Techniken an, führen Psychoedukation und Gesundheitsförderung durch, managen akute psychische Krisen sowie somatische Begleiterkrankungen und sind für die Prävention von Krankheitsepisoden, als auch Hospitalisierung, zuständig.[16]

Aufgrund der Zunahme an pflegerischem Bedarf und dem häufig diskutierten Pflegemangel stellt sich jedoch auch für die psychiatrische Pflege die Frage, wie eine Versorgung in Zukunft gestaltet werden soll. In der psychosozialen Versorgung der Bevölkerung wird bereits aus psychiatrischer und psychotherapeutischer Sicht über den Einsatz von E-Mental Health diskutiert, teilweise sind verschiedene Modelle bereits im Einsatz.[17] In der ambulanten Versorgung der psychiatrischen Pflege wird ebenfalls in Grundsätzen ein Einsatz von E-Mental Health diskutiert, eine Ausweitung der Nutzung ist denkbar.

### 1.3 E-Mental Health

Der Begriff E-Health umschreibt alle Anwendungen, welche zur Behandlung und Betreuung von Patienten Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien nutzen. Dabei beschäftigt sich E-Mental Health maßgeblich mit der Nutzung dieser Technologien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit.[18] Hierbei reichen die Anwendungen von Gesundheitsmaßnahmen und Prävention bis hin zu Behandlungen und Rückfallprophylaxen.[19] Auf Grundlage der zuvor genannten Daten lässt sich ein hoher Bedarf zur Verbesserung der Versorgung psychisch Erkrankter feststellen. So zeigt sich eine weltweite Etablierung von E-Mental Health-Angeboten.[20] Zum Beispiel müssen in Australien Online-Programme im Rahmen

eines Stepped-Care-Programms vor einer Face-to-Face-Behandlung bereits ausgeschöpft sein.[21]

E-Mental Health wird als eine zukunftsorientierte und vielversprechende Maßnahme zur Verbesserung der psychischen Gesundheit in der Bevölkerung angesehen.[22] Als Chance und Stärke von E-Mental Health wird die Erreichbarkeit einer breiten Masse an betroffenen Menschen benannt.[23] Zusätzlich können eventuelle Barrieren bei der Nutzung verschiedener Gesundheitsangebote herabgesetzt werden.[24] Dazu zählen unter anderem sowohl örtliche als auch zeitliche Flexibilität.[25] Außerdem bietet E-Mental Health Möglichkeiten zur Information, Aufklärung und Psychoedukation sowie sozialer Unterstützung.[26] In Studien konnte bereits nachgewiesen werden, dass E-Mental Health-Angebote gegenüber herkömmlichen Therapieverfahren bei Erkrankungen wie Depression nahezu gleiche Ergebnisse erzielten.[27] Jedoch werden auch Risiken durch den Einsatz von E-Mental Health diskutiert. So sind Aspekte wie Datenschutz und Datensicherheit, rechtliche Bestimmungen, Risiken des Internets sowie eine Gefährdung der therapeutischen Beziehung zu beachten.[28] Untersuchungen weisen zudem darauf hin, dass die Abbruchrate bei Online-Maßnahmen im Gegensatz zu Face-to-Face-Behandlungen deutlich höher ausfällt.[29]

In der Literatur lassen sich kaum ethische Reflexionen in Bezug auf E-Mental Health-Angebote finden.[30] Dabei ist es aus der Anwendung des sozio-technischen Arrangements ersichtlich, dass eine Veränderung der Kommunikation zwischen Pflegefachkraft und Patienten stattfindet. E-Mental Health-Anwendungen zeigen im Gegensatz zu Face-to-Face-Situationen einen Unterschied in den Bedingungen der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung auf.

### 1.4 Fragestellung

E-Mental Health bietet ein hohes Potenzial für die psychosoziale Versorgung. Dabei handelt es sich bei der Pflege psychisch erkrankter Personen um die Behandlung einer besonders vulnerablen Patientengruppe.[31] Das sozio-technische Arrangement erscheint als eine sinnvolle Lösung, um auch in Zukunft bei zunehmenden Personalmangel die Patientenversorgung gewährleisten zu können. Die Auswirkungen auf das Zwischenmenschliche und damit auch auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und

Patienten können jedoch Dimensionen annehmen, welche untragbare Folgen mit sich ziehen. Daher bedarf es einer ethischen Reflexion dieser neuen Versorgungsstrukturen. Dies soll im Rahmen dieser Bachelorarbeit durchgeführt werden, dabei lautet die Forschungsfrage:

Inwieweit beeinflusst die Anwendung von E-Mental Health in der psychiatrischen Pflege das Verständnis der Beziehung aus dialogphilosophischer Sicht und welche moralischen Probleme können auf Grundlage dieser Konsequenzen auftreten? Weiter stellt sich die Frage, ob es aus ethischer Sicht vertretbar ist, E-Mental Health-Angebote im psychosozialen Kontext zu nutzen, beziehungsweise, ob eine Etablierung dieses sozio-technischen Arrangements negative Auswirkungen aus ethischer Perspektive hervorrufen könnte. In diesem Kontext sollen zusätzlich Fragen zur Implementierung aus dialogphilosophischer Sicht reflektiert werden.

## 2. Methodik

### 2.1 Pflegewissenschaftlicher Kontext

Nach Hildegard E. Peplau stellt die Beziehung einen essentiellen Aspekt der Pflege dar. Demnach kann nur in einer Beziehung erkannt werden, welche Bedürfnisse ein Patient wirklich hat.[32] Zudem ist es nur in der Beziehung möglich, dass die Pflegekraft Wirkung durch ihre Arbeit am Patienten erzielt und die pflegerischen Ziele erreicht.[33] Somit ist das Zwischenmenschliche der ausschlaggebende Wirkfaktor einer professionellen Pflege. Martin Bubers Dialogphilosophie stellt eine philosophisch-anthropologische Betrachtung zwischenmenschlicher Beziehungen dar. Aus diesem Grund wird als theoretischer Rahmen zur ethischen Reflexion die Dialogphilosophie gewählt.

### 2.2 Literaturrecherche

In Vorbereitung auf die Erstellung der vorliegenden Bachelorarbeit wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt. Ziel hierbei war es, Literatur zu finden, welche sich mit den Auswirkungen von Informations- und Kommunikationstechnologien auf die Beziehung von Pflegefachkraft oder therapeutischem Personal und Patienten

auseinandersetzt. Zudem wurde nach Literatur gesucht, welche die Nutzung von E-Health und E-Mental Health im Bereich der Pflege untersucht. Pflegewissenschaftliche Arbeiten zur Thematik von E-Mental Health waren kaum zu finden. Daher wurde eine Erweiterung der Suche auf E-Health-Nutzung in der Pflege durchgeführt, die gefundenen Ergebnisse können Anhaltspunkte für die Nutzung in der psychiatrischen Pflege liefern. Die genutzten Datenbanken zur Literaturrecherche waren CINAHL, PSYNDEX, PsycINFO sowie PsycARTICLE und GoogleScholar. Die einzelnen Suchbegriffe wurden mittels der booleschen Parameter zusammengeführt. Eine Bewertung der Literatur erfolgte nach den Kriterien wissenschaftlicher Arbeiten nach Panfil.[34]

Folgende Begriffe wurden zur Suche genutzt: anthropology; anthropological; cons; conversation; communication; dialogue; „e-mental health“; „e-mental health in nursing“; ethics; ethical; issues; nurse; nurses; nursing; nursing care; „nursing psychotherapist“; „nursing psychotherapists“; „nursing psychiatric e-health“; negative; „negative effects“; pros; positive; „positive effects“; „psychiatric nurse“; „psychiatric nursing“; „psychiatric nurse practitioner“; relationship; telepsychiatry; therapeutic; “therapeutic relationship”.

Von den insgesamt 389 Suchergebnissen wurden nach Sichtung der Zusammenfassungen 72 relevante Arbeiten gefunden. Nach Löschung der Duplikate blieben 47 Texte übrig. Durch ein oberflächliches Lesen wurden 23 Texte in die weitere Beurteilung aufgenommen. Schließlich erfüllten zwölf Schriften die Anforderungen für diese Arbeit. Zusätzlich wurden sieben Texte durch Freihandsuche und Expertenempfehlung generiert. Ziel dieser Literaturrecherche war es, pflegewissenschaftliche Arbeiten zur Thematik des E-Health oder E-Mental Health zu finden und diese um psychologische Arbeiten in Bezug auf Beziehungsgestaltung im Rahmen von E-Mental Health zu erweitern. Dadurch wird eine fundierte Basis zur ethischen Reflexion und Argumentation einzelner moralischer Aspekte ermöglicht. Diese erweitert die Expertise des Autors um wissenschaftliche Evidenz.

### 2.3 Vorgehen in dieser Arbeit

Die Schritte der ethischen Entscheidungsfindung nach Bleisch und Huppenbauer dienen als Grundgerüst dieser Bachelorarbeit. Dabei lauten die einzelnen Schritte der ethischen Entscheidungsfindung wie folgt:

- 1. Schritt: Analyse des Ist-Zustandes
- 2. Schritt: Die moralische Frage benennen
- 3. Schritt: Analyse der Argumente
- 4. Schritt: Evaluation und Entscheidung
- 5. Schritt: Implementierung

Wie die Autoren Bleisch und Huppenbauer bereits in ihrem Vorwort empfahlen, werden die einzelnen Schritte der ethischen Entscheidungsfindung als „Werkzeugkasten“[35] für die hiesige Arbeit genutzt.

Im ersten Schritt dieser Bachelorarbeit werden die Fakten der vorliegenden Thematik erläutert, geltendes Recht berücksichtigt und Stakeholder identifiziert. Anschließend findet eine Darstellung der Dialogphilosophie nach Martin Buber statt, um den theoretischen Hintergrund der ethischen Betrachtung darzustellen und eine kritische Beurteilung dieser zu ermöglichen. Im weiteren Verlauf folgt eine Reflexion der Dialogphilosophie im psychiatrischen Setting. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit eine dialogische Beziehung nach Martin Buber bereits im Face-to-Face-Setting erfolgt. Hieraus resultiert die Ausgangslage für die ethische Reflexion von E-Mental Health. Die moralischen Probleme aus dialogphilosophischer Sicht, welche sich aus der Anwendung von E-Mental Health in der Pflege ergeben, werden beschrieben und argumentiert. Eine folgende Diskussion setzt die einzelnen Aspekte nochmals in Bezug zueinander und bewertet diese. Daraus hervorgehend werden schließlich die Ergebnisse für die Implementierungsfrage von E-Mental Health dargestellt.

# 3. Hauptteil

## 3.1 Kontextanalyse der Nutzung von E-Mental Health in der psychiatrischen Pflege

### 3.1.1 Analyse des Ist-Zustandes

Eine ausführliche Definition von E-Mental Health wurde bereits in der Einleitung unter dem Punkt „1.3. E-Mental Health“ durchgeführt. Zudem kann im Bereich E-Mental Health zwischen Offline- und Onlineangeboten unterschieden werden.[36] Dabei stehen aufgrund der schnelleren Internetverbindung in der heutigen Zeit die Onlineangebote ihren Offlinependants in nichts mehr nach.[37] Internetbasierte Anwendungen können in weitere Ebenen unterteilt werden. Es ist zwischen reinen Informationsseiten und Interventionsseiten/-applikationen zu unterscheiden.[38] Weiter ist zwischen verschiedenen Arten der Kommunikation zu differenzieren. Einerseits kann eine Kommunikation synchron, also in Echtzeit und unmittelbar, stattfinden. Andererseits ist auch eine asynchrone Kommunikation, also zeitversetzt wie zum Beispiel durch E-Mail, verwendbar.[39]

Pflegewissenschaftliche Arbeiten zur Anwendung von E-Mental Health-Angeboten in der psychiatrischen Pflege, aber auch E-Health in anderen Fachbereichen der pflegerischen Versorgung, wurden in der oben beschriebenen Literaturrecherche nur wenige gefunden.

Eine Arbeit befasste sich hierbei mit der Nutzung von kognitiv-behavioraler Therapie in England bei Patienten mit Angst- und/oder depressiver Erkrankung.[40] Dabei begleiteten Nurse Practitioners ein Online-Programm im Rahmen von Face-to-Face-Kontakten.[41] Hierdurch konnte die Quantität der Face-to-Face-Kontakte deutlich reduziert werden.[42] Eine zusätzliche Telefonhotline bot im Rahmen telepsychiatrischer Versorgung eine weitere Möglichkeit zur Kommunikation im Verlauf der Programmnutzung.[43] Die Nutzung dieses Systems wurde als Teil eines Stepped-Care-Programms genutzt.[44] Durch die Anwendung des Programms konnten aufgrund der quantitativen Reduzierung der Face-to-Face-Kontakte Wartelisten verkürzt werden.[45]

Jenkins et al. konzipiert in einer weiteren Arbeit die Nutzung von E-Health-Angeboten zur Steigerung der Selbstmanagementfähigkeit bei chronischer Krankheit, sowohl für physische, als auch psychische Symptome.[46] Dies stellt eine Schnittstelle zwischen reiner E-Health und der spezifischen Form von E-Mental Health dar. Im Rahmen eines Assessments konnten Patienten eigenständig relevante Parameter eintragen, Ziele konnten gesetzt und ein Selbst-Monitoring konnte eingerichtet werden.[47] Zur Betreuung der Patienten waren asynchrone Kommunikationsformen nutzbar.[48] Hieraus resultierte jedoch eine hohe Relevanz, Patienten bezüglich der Nutzung von asynchroner Kommunikation aufzuklären und zu schulen.[49] Jenkins et al. ist für eine Verbindung von elektronischen Gesundheitsdaten, welche einem Anbieter im Gesundheitswesen vorliegen, und patienteneigenen Gesundheitsdaten.[50] Dies könnte ermöglichen, dass nur bei Patienten mit schwierigen Verläufen eine Betreuung durch eine Pflegekraft notwendig ist.[51] Es konnten weitere Studien zur Nutzung von E-Health in der pflegerischen Versorgung von Patienten recherchiert werden. Eine Übertragung unterschiedlicher Funktionen aus dem E-Health-Bereich wäre auch für E-Mental Health-Angebote denkbar.

In einer Arbeit von Lau und Loiselle beispielsweise, wurde die Nutzung von E-Health bei onkologischen Patienten untersucht.[52] Dabei wurde zusätzlich der Gebrauch von Mobiltelefonen zu Kommunikationszwecken beschrieben, die Patienten hatten die Möglichkeit, Bilder von unterschiedlichen Sachlagen zuzusenden.[53] Die Pflegekraft konnte dem Patienten daraufhin direkt online ein Feedback zur jeweiligen Situation geben. Nur in unklaren oder kritischen Fällen wurde ein Face-to-Face-Kontakt hergestellt.[54] Eine solche Funktion wäre auch in der psychiatrischen Versorgung denkbar. So können zum Beispiel Patienten mit Essstörung der Pflegefachkraft ein Bild ihrer Mahlzeit zusenden sofern Unsicherheiten über die Menge oder Inhalte bestehen.

Eine weitere wissenschaftliche Arbeit wurde über die Entwicklung eines Systems berichtet, welches zur Förderung der Entscheidungsfähigkeit und des Selbstmanagements genutzt werden kann. Pflegekräfte konnten über einen eingerichteten Messagingdienst mit den Patienten kommunizieren, Trackingdaten der Patienten einsehen und ein wöchentliches Feedback geben.[55] Ziel hierbei war es, die Patienten im Symptommanagement zu befördern und die Health-Literacy zu steigern.[56] Letztere stellt die Gesundheitskompetenz dar, welche notwendig ist, um gesundheitlichen

Herausforderungen im Alltag standhalten zu können und eigenständig Entscheidungen im Bereich der Gesundheit zu treffen.[57] Symptommanagement und Health-Literacy sind nicht auf bestimmte Krankheitsbereiche beschränkt, sondern auch für psychiatrisch erkrankte Personengruppen von großer Bedeutung. Patienten können ihren Antrieb, die Stimmung und weitere Symptome festhalten. Psychiatrische Pflegekräfte können dann mittels mobiler Kommunikationstechnologien Patienten zu mehr Bewegung motivieren, den Tagesplan überprüfen oder Informationen zu bestimmten Symptomen zusenden.

Ein weiteres System zur Förderung des Selbstmanagaments wurde zur Behandlung von Patienten mit chronisch obstruktiver Lungenerkrankung genutzt.[58] Dabei konnten diese nach einem Assessment einzelne Therapiebausteine nutzen, auf welche auch eine zugewiesene Pflegefachkraft Zugang hatte.[59] Die betreuende Person konnte im Bedarfsfall die Inhalte der Applikation anhand der eingegebenen Daten aktiv mitsteuern.[60] Mittels dieser Funktion war es möglich, das Rauchverhalten, das tägliche Bewegungsverhalten oder, zum Beispiel, die Medikamentenadhärenz zu behandeln.[61] Auch im Rahmen psychiatrischer Krankheiten spielen die tägliche Bewegung und die Medikamentenadhärenz eine Rolle in der pflegerischen Behandlung. Ein Einsatz von E-Mental Health-Systemen ist somit ebenfalls in diesem Setting denkbar. Ein weiterer wichtiger Faktor bei der Bewertung dieser E-Health-Funktion ist jedoch das Ziel des sozio-technischen Arrangements. Denn die Autoren beschrieben, dass dieses nicht darin bestand, die Face-to-Face-Kontakte zu reduzieren, sondern ergänzend zu diesen zuzuarbeiten.[62]

Die Literaturrecherche zeigte auf, dass die Beleuchtung von E-Mental Health in der psychotherapeutischen Versorgung bereits sehr breit diskutiert wird. Eine pflegewissenschaftliche Reflexion von E-Mental Health-Anwendungen und eine teilweise Übernahme von Funktionen in die Versorgung von psychiatrischen Patienten durch die Pflege wird dagegen eher selten reflektiert. Dabei bestehen weitere denkbare Möglichkeiten für die Nutzung von E-Mental Health in der pflegerischen Versorgung. Hier ist das Führen von Gesprächen über Chat oder E-Mail, eine Online-Beratung und -Edukation oder die Erhebung der Anamnese über Online-Dienste anzudenken. Auch Webdienste zur Förderung der psychischen Gesundheit unter pflegewissenschaftlichen Gesichtspunkten und einer pflegerischen Betreuung wären sinnvolle Versorgungsstrukturen. E-Mental Health bietet somit nicht nur für die

psychotherapeutische, sondern auch für die pflegerische Versorgung eine Chance. Neben den in der Einleitung unter „1.3 E-Mental Health“ genannten Vorteilen könnten Kosten eingespart werden, da eine Pflegekraft zum Beispiel eine große Anzahl von Patienten auf einmal betreuen kann.[63] Zudem wirkt ein Senken des Pflegekraft-pro-Patient-Verhältnisses dem zunehmenden Pflegemangel entgegen.

### 3.1.2 Rechtliche Lage, Stakeholder und Kontextsensibilität

Im Rahmen einer ethischen Reflexion ist es von Bedeutung den zu reflektierenden Sachverhalt auch aus rechtlicher Sicht zu analysieren[64]. Zudem sollten die Stakeholder und die Kontextsensibilität erhoben werden, um ein ganzheitliches Bild der Situation zu erlangen.[65] Im Rahmen der Konzentrierten Aktion Pflege werden Themen der innovativen Versorgungsstrukturen und Digitalisierung dargestellt.[66] Dabei sollen Pflegekräfte an der Telematikinfrastruktur mitwirken.[67] Telepflege und Telemedizin soll demnach zur Überbrückung von Distanzen eingesetzt werden. Denkbar wäre, laut dem Bundesministerium für Gesundheit, ein Einsatz im Bereich der telefonischen oder per Videotelefonie durchgeführten Beratung.[68] Zusätzlich sollen Technologien wie Künstliche Intelligenz oder Big Data zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung eingesetzt werden.[69] E-Mental Health würde eine solche Funktion für die professionelle psychiatrische Pflege darstellen. Das Pflegeberufegesetz jedoch, welches zum ersten Januar 2020 in Kraft treten soll, beschäftigt sich in keinem Absatz mit einer Fernbehandlung. Eine Übertragung der Fernbehandlungsverbote für Ärzte oder Psychologen auf die pflegerische Versorgung ist nicht gegeben. Im Rahmen der zunehmenden Professionalisierung der Pflegeberufe ist die Nutzung von E-Health-Angeboten und ihre rechtliche Regelung zwar denkbar, aber aktuell nicht existent. In dieser Arbeit wird aufgrund keiner recherchierbaren rechtlichen Bedingung davon ausgegangen, dass die Nutzung von E-Health und damit auch E-Mental Health in Deutschland für professionell Pflegende zulässig ist.

Die Nutzung von E-Mental Health in der pflegerischen Versorgung ist nicht nur für Patienten und Pflegekräfte von Relevanz. Weitere Stakeholder sind zum Beispiel die Institutsambulanzen oder ambulante Pflegedienste, welche die häusliche psychiatrische Pflege anbieten. Auch die Angehörigen der Patienten sind vom sozio-technischen Arrangement betroffen. Gerade wenn sie mit dem Patienten in einem Haushalt

gemeinsam leben oder in einer engen Beziehung zu diesem stehen, könnten Berührungspunkte zwischen Angehörigen und E-Mental Health-Anwendungen auftreten.

Kranken- und/oder Pflegekassen könnten ebenfalls von einer Nutzung neuer technischer Möglichkeiten in der Pflege betroffen sein, da diese bei entsprechender Rechtslage eventuell eine Kostenübernahme bestimmter Funktionen übernehmen müssten. Andererseits wären eventuelle Kosteneinsparungen möglich. Auch die Entwickler und bereitstellenden Unternehmen bilden eine Interessensgruppe bezüglich E-Mental Health. Dabei stehen nicht nur finanzielle Aspekte im Fokus. Auch Aspekte der Datensicherheit, des Datenschutzes und der Datenschutzgrundverordnung sind zu beachten. Zudem stellt sich für Unternehmen und Entwickler die Frage, inwieweit es sich um ein Medizinprodukt handelt, welches dann entsprechenden rechtlichen Regelungen unterliegt.[70] Aufgrund von arbeitsökonomischen Gründen wird sich jedoch auf eine Betrachtung aus dem Blickwinkel der Patienten und Pflegekräfte beschränkt.

Die Nutzung von E-Mental Health betrifft eine spezifische Menschengruppe in der Bevölkerung. Aufgrund von Symptomen, wie zum Beispiel Konzentrationseinschränkung, Veränderung von Denkprozessen, verminderten Antrieb oder erhöhter Suizidalität handelt es sich um eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe. Daher stellen psychiatrische Patienten eine besonders schützenswerte Instanz dar. Eine unreflektierte Nutzung neuer Maßnahmen könnte zu unvertretbaren Folgen führen. Zudem stellt sich die Frage, inwieweit eine Motivation für die Umsetzung von E-Mental Health-Angeboten besteht. Adhärenz beschreibt, inwieweit ein Patient mit den Behandlungsschritten einverstanden ist und diese auch selbst als erstrebenswert erachtet. Aufgrund psychiatrischer Symptome ist diese Adhärenz erfahrungsgemäß oftmals eingeschränkt, dies könnte sich bei der Nutzung von E-Mental Health negativ auswirken.

### 3.1.3 Dialogphilosophie nach Martin Buber

Neben Würde als umfassendes Prinzip und den ihr unterliegenden Prinzipien Autonomie, Fürsorge, Gerechtigkeit und Verantwortung, wird auch dem Prinzip des Dialogs eine hohe Bedeutung in der Pflegeethik zugeschrieben.[71] M. Rabe bezieht die Grundlagen ihres Prinzips des Dialogs von Martin Buber. Ein echter Dialog, wie bei Martin Buber,

ist ein essentieller Bestandteil helfender Beziehungen.[72] Hierdurch zeigt sich die Bedeutung Martin Bubers Dialogphilosophie für die Pflege als eine solche helfende Profession.[73] Wie bereits zu Beginn der Methodik beschrieben, stellt die Dialogphilosophie den ethischen Rahmen der Betrachtung dar. Aufgrund dessen soll im Folgenden eine Erläuterung der für diese Arbeit wichtigen Punkte durchgeführt werden.

Martin Buber bestimmt zu Beginn seiner Dialogphilosophie die beiden Grundworte „Ich-Du“ und „Ich-Es“.[74] Der Mensch wird zudem am „Du“ zum „Ich“.[75] Hier wird direkt das Drehmoment der Dialogphilosophie deutlich: Buber stellt das Zwischenmenschliche in den Mittelpunkt der anthropologischen Betrachtung. Ohne ein „Du“ kann der Mensch sein ganzes Wesen nicht entfalten.[76] Den Dialog, welchen ein Mensch im Grundwort „Ich-Du“ betritt ist die Grundvoraussetzung für die Bildung einer seinsstiftenden Beziehung.[77] Hierbei handelt es sich nicht nur um verbale und nonverbale Kommunikation. Auch das Schweigen ist eine Art des Dialogs, in welcher sich ein Mensch dem anderen offenbaren kann.[78] Martin Buber bestimmt das „Du“ nicht als eine Einzelheit in ihrer Umgebung. Vielmehr wird das Gegenüber in der „Ich-Du-Beziehung“ als Ganzes mit seiner Umwelt gesehen.[79] Weiter führt Buber aus, dass wenn die Einzelheiten der Umgebung, also Einzelheiten des gegenüberliegenden „Du“ betrachtet werden, eine „Ich-Du-Beziehung“ verlassen wird.[80] Das Erfahren von „etwas“, so Buber, bestimmt die „Ich-Es-Beziehung“.[81] Dabei wechselt der Mensch stetig zwischen „Ich-Du-“ und „Ich-Es-Welt“.[82]

An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass Martin Buber keineswegs gegen eine „Ich-Es-Beziehung“ stand. Denn nur durch die „Es-Werdung“ können Menschen etwas erfahren und somit Sachverhalte verarbeiten und nutzen.[83] Das wieder in die Beziehung setzen des „Es“ in die „Ich-Du-Beziehung“ befähigt dann den Menschen zu kulturellem Fortschritt.[84] Martin Buber kritisierte jedoch die damalige Entwicklung der Gesellschaft, welche sich bis in die heutige Gesellschaft zieht. Denn sie entfernt sich immer mehr von der Gemeinschaft und gibt sich der „Es-Welt“ hin.[85] Durch das Verlangen vom Menschen, die Welt ihm untertan zu machen, verliert er sich in der „Es-Werdung“ seiner Umwelt und wird schließlich selbst durch das „Es“ determiniert.[86] Folge hiervon ist, dass der Mensch sein wahres „Ich“ durch Entfremdung von einer „Ich-Du-Beziehung“ nicht erkennen kann und so sein wahres Wesen nicht entfaltet wird.[87] Martin Buber gibt jedoch klar zu erkennen, dass ein „Es“ auch zu einem „Du“ werden kann und umgekehrt.[88]

Jedoch merkt Buber an, dass die Beziehungsfähigkeit eines Individuums an Stärke verliert, um so mehr in einer „Es-Welt“ verweilt wird.[89] Nur eine intakte „Ich-Du-Beziehung“ sichert somit, dass der Mensch die Macht über die Dinge behält.[90]

Zur Vollendung des Wesens ist auch die Unmittelbarkeit der „Ich-Du-Beziehung“ ein essentieller Aspekt.[91] Grundvoraussetzung für diese ist das Vorhandensein von Gegenwärtigkeit, Begegnung und Beziehung.[92] Nur hierdurch ist eine unmittelbare Beziehung zum „Du“ möglich, dadurch, dass der Mensch in Gegenwart mit seinem Gegenüber tritt. Für die psychiatrische Pflege ist dies insofern von Bedeutung, als dass diese unmittelbare Beziehung eine Wirkung des „Ich“ auf das „Du“ hat.[93] Daraus ergibt sich die Verantwortung eines Menschen für sein Gegenüber.[94] Wirke ich auf ein „Du“ ein, so schulde ich diesem auch Antwort, so verantwortet „Ich“ sein Wirken.[95]

Wie Buber die vermehrte „Es-Werdung“ kritisierte, zeigte er sich auch dem Kontinuum von Ursache-Wirkung gegenüber skeptisch. Buber gibt an, dass das Festhalten an diesem Kontinuum den Menschen in seiner Entscheidungsfreiheit einschränkt.[96] Dabei besteht die Welt des „Ich und Du“ aus Wechselwirkungen, welche eine freie Entscheidung ermöglichen und so den Fortschritt vorantreiben.[97] Nur durch das In-Beziehung-treten des „Ich“ zum „Du“ kann das Individuum im Geist leben.[98] Dabei ist der Geist die verbindende Instanz zwischen den Menschen, das über aller Beziehung stehende Konstrukt, welches den Dialog erst möglich macht und als Grunddeterminante der Wesensbildung verstanden werden kann.[99] Die Wechselwirkung im Rahmen einer Beziehung zum „Du“ kennzeichnet das aneinander wachsen. Hingegen wirkt die Beziehung zum „Es“ einschränkend, die Freiheit kann somit nur in der „Ich-Du-Beziehung“ erlebt und gelebt werden.[100]

Buber beschreibt im letzten Abschnitt seines Werkes „Ich und Du“ die Beziehung des Menschen zu Gott.[101] Dieser, so Bubers Verständnis, bildet dabei das „ewige Du“, den Ankerpunkt, welcher dem Menschen die Möglichkeit gibt, sich von „Es-Werdung“ zu lösen, denn das „ewige Du“ kann nicht „Es“ werden.[102] Jedoch versucht der Mensch immer wieder auch Gott zu einem „Es“ zu machen, ihn zu besitzen oder zu erfahren.[103] Dabei verlieren wir wieder die Beziehung zum „ewigen Du“ und der Mensch verweilt erneut in „Es-Welten“.[104] Doch kann durch jede Beziehung zu einem „Du“ eine Beziehung zum „ewigen Du“ wieder hergestellt werden. Denn nach Bubers Verständnis

wird das „ewige Du“, und damit Gott, in jeder Beziehung zum geeinzelten „Du“ angesprochen.[105] Buber legitimiert damit die hohe Bedeutung Gottes für die Welt, denn Gott ist demnach die Grundvoraussetzung allen Seins.

Martin Bubers Dialogphilosophie stellt die Beziehung, das Zwischenmenschliche, in den Mittelpunkt anthropologischer Betrachtung. Aus seinen Werken zum Prinzip des Dialogs lassen sich Normen ableiten, welche für eine Gemeinschaft essentiell sind. Freiheit, Verantwortung, Miteinander, Zuwendung oder Vergegenwärtigung sind nur einige Beispiele. Buber stellt mit seiner philosophischen Arbeit also nicht nur anthropologische Gedanken dar, sondern auch Gedanken ethischer Natur.[106]

### 3.1.4 Dialogisches Prinzip im Face-to-Face-Setting der psychiatrischen Pflege

Pflegediagnosen wie zum Beispiel „soziale Isolation“, „beeinträchtigte Interaktion“ oder „Gefahr einer beeinträchtigten Bindung“ beziehen sich auf Selbstpflegedefizite im Bereich der Beziehungen.[107] Wie bereits unter Punkt „2.1 Pflegewissenschaftlicher Kontext“ erläutert wurde, stellt die Beziehung nach Peplau einen essentiellen Aspekt der Pflege dar. Pflege wird als ein signifikanter, therapeutischer, interpersonaler Prozess verstanden.[108] Dabei setzt, wie bei Martin Buber, Peplau die wechselseitige, zwischenmenschliche Beziehung in den Vordergrund.[109] Rüdiger Bauer entwickelte zudem das Kongruenzmodell, welches die Beziehungsarbeit in der Pflege hervorhebt.[110] Auch hier wird beschrieben, dass allein die Beziehung zwischen Pflege und Patient eine Wirkung hervorruft und somit die Förderung der Gesundheit im Zwischenmenschlichen liegt. Erneut lässt sich hieraus eine Verbindung zur Dialogphilosophie erkennen.

Im Rahmen einer Delphi-Befragung konnte die Bedeutung der Beziehungsarbeit für die psychiatrische Pflege als ein besonders wichtiges Ziel herausgearbeitet werden.[111] Verschiedene Studien konnten aufzeigen, dass die therapeutische Beziehung einer der größten Wirkfaktoren im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung ist. Diese Ergebnisse stellen auch ein empirisches Indiz für die psychiatrische Pflege dar.

Die Beziehungsgestaltung nach Vorbild Martin Bubers „Ich-Du-Beziehung“ bedarf in der psychiatrischen Pflege jedoch einer besonderen Expertise. Aufgrund psychiatrischer Symptome kann die Interaktion und Kommunikation zwischen Pflegekraft und Patient

eine Störung erleben. Eine Antriebsstörung beispielsweise, kann ein Nicht-Eintreten in die Beziehung hervorrufen, da der Patient keine Kraft hierfür hat. Patienten mit Realitätsverkennung oder Realitätsverzerrung können ebenfalls Schwierigkeiten in ihrer Beziehungsfähigkeit aufweisen. Dabei kann die Pflegekraft als eine Person aufgefasst werden, welche Schaden zufügen möchte. Vergiftungswahn, Paranoia oder Verschwörungsgedanken können so die Beziehung stören und eine Wechselwirkung im Sinne Martin Bubers erschweren. Auch Ängste oder soziale Phobien erschweren einen Beziehungsaufbau. Patienten können ein In-Beziehung-treten meiden, da sie eine Ablehnung fürchten, Angst vor sozialen Kontakten haben oder sich erst gar nicht aus einer vertrauten Umgebung zu lösen wagen. Zudem ist es möglich, dass aufgrund von Ängsten Sprachbarrieren entstehen, ein Schweigen des Patienten missverstanden und eine Kommunikation so behindert wird. Weiter ruft eine Unempfänglichkeit gegenüber Gefühlen anderer Personen von Seiten des Patienten ein Missverständnis hervor, dadurch wird das Wesen der Pflegekraft verzerrt. Die aufgrund der Symptome zugrundeliegende Einschränkung der Kommunikation bedarf einer hohen Fachkompetenz der Pflegekraft. Um eine „Ich-Du-Beziehung“ einzugehen, muss die Pflegekraft einen hohen Grad an Empathie und Sensibilität aufweisen, um mögliche Barrieren der Kommunikation zu überwinden. So kann auch ein Schweigen des Patienten einen Blick auf sein Wesen ermöglichen. Ein mitteilendes Schweigen ist ebenso wie das verbale Gespräch eine Form der Kommunikation.[112] In diesem Sinne können nonverbale Signale ein dialogisches Gespräch befähigen. Ein Schweigen aufgrund von Sprachlosigkeit zum Beispiel, kann eine Mitteilung sein, ein Unbehagen oder ein Nicht-weiter-wissen könnte die Botschaft dieses Dialogs darstellen.

Einen weiteren negativen Einfluss auf die Beziehung nach Verständnis von Martin Buber können auch äußere Umstände innehaben. Krisen der Patienten, dringend zu erledigende Aufgaben oder ein negatives Stationsmilieu wirken sich ungünstig auf die Kommunikation aus. Patienten, die mit einer Krise auf das Pflegepersonal zukommen, benötigen unter anderem eine akute Versorgung, ein laufendes Gespräch muss gestört werden. Wenn eine Pflegekraft zudem Krankheitsausfälle oder Personalmangel durch das Betreuen zusätzlicher Patienten ausgleichen muss, reglementiert zeitlicher Druck die Beziehung zum Patienten. Es ist notwendig, solche Störfaktoren frühzeitig zu erkennen. Pflege kennzeichnet sich durch ein stetiges In- und Aus-Beziehung-treten, dabei müssen Pflegekräfte auf die Dynamiken eines Stationsalltags vorbereitet sein. Der ambulanten

psychiatrischen Pflege liegt zumindest der Vorteil zugrunde, dass ein Face-to-Face-Kontakt meist im Einzelkontakt hergestellt wird, Störquellen aus dem Stationsalltag fallen somit weg.

Aber auch die Haltung der Pflegekraft hat Auswirkungen auf die Beziehung zum Patienten. Betrachtet die Pflegekraft den Patienten von vornherein als eine zu beobachtende Ansammlung von Symptomen, kann eine „Ich-Du-Beziehung“ nicht aufgenommen werden. Beobachtet die Pflegekraft nur einzelne Aspekte des Patienten, sieht sie diesen nicht als Ganzes und verweilt in einer „Es-Welt“. Dabei ist eine ganzheitliche Betrachtung des Erkrankten für die professionelle Pflege von großer Bedeutung.[113] Eine professionelle Beziehungsgestaltung zum Patienten sieht vor, diesen nicht nur als ein Sinnbild einer Krankheit zu sehen. Ein Mensch muss als Wesen, und nicht als Objekt, wahrgenommen werden, um eine Heilung des Wesens des Menschen zu erreichen.[114]

Zusätzlich können sich Verhaltensweisen der Pflege negativ auf eine „Ich-Du-Beziehung“ auswirken. Fühlen sich Patienten aufgrund der Präsenz oder des Verhaltens einer Pflegekraft eingeschüchtert oder missverstanden, kann dies zu einer künstlichen Veränderung seitens des Patienten führen. Eventuell versucht dieser durch beeinflusstes Verhalten der Pflegekraft zu gefallen oder diese abzuschrecken. Solch ein Ergebnis zwischenmenschlicher Beziehung wird bei Martin Buber unter „Sein und Schein“ zusammengefasst.[115] Dabei erschwert eine Verfälschung des Wesens eines Menschen die „Ich-Du-Beziehung“ und stellt eine Verkünstelung dar.[116] Psychiatrische Pflegekräfte arbeiten meist in Teams, Teamsitzungen werden oftmals zur Reflexion bestimmter Situationen im Arbeitsalltag genutzt. Supervisionen sind ebenfalls eine häufig genutzte Technik, um das Arbeiten mit den Patienten zu verbessern. Dabei können auch Themen wie die Beziehungsgestaltung und das eigene Verhalten reflektiert werden. Diese und mögliche Schulungen bieten der Pflegekraft eine Erweiterung ihrer Handlungsoptionen im Kontakt zum Patienten.

Im Nachwort zu Bubers Werk „Ich und Du“ beschäftigt sich dieser selbst mit der Schwierigkeit der Wechselwirkung im Rahmen einer erzieherischen oder therapeutischen Beziehung.[117] Buber geht davon aus, dass eine psychische Erkrankung sich durch ein „verkümmertes Personen-Zentrum“[118] kennzeichnet. Nur eine „Ich-Du-Beziehung“

ermöglicht Heilung.[119] Wechselwirkung als Kennzeichen einer solchen Beziehung gestaltet sich in diesem Rahmen nach Martin Buber jedoch als schwierig. Denn das zielhafte Wirken der Therapie auf einen Teil der Beziehung charakterisiert eine Mutualität, welche keine volle werden kann.[120] Bezüglich dessen muss jedoch eine Korrektur für die Pflege durchgeführt werden. Pflegeziele kennzeichnen sich dadurch, dass sie keine von der Pflegekraft auferlegten sind, sondern im Rahmen der Beziehung von Pflegekraft und Patient definiert werden.[121] Zudem kann nur in einer wechselseitigen Beziehung erkannt werden, welche Bedürfnisse der Patient hat, ob diese sich verändern oder neue Ziele anzustreben sind.[122] Hierzu wird auch auf das Mittel der Pflegevisite zurückgegriffen. Hierbei findet eine Überprüfung der Pflegeplanung durch die Begleitung von Bezugspflegekraft und Patient durch eine erfahrenen Pflegekraft im Face-to-Face-Setting statt. Dabei wird der Patient aktiv miteinbezogen, damit eben benannte Probleme möglichst nicht entstehen.

Von diesem Blickwinkel aus betrachtet stellt die volle Mutualität eine Grundvoraussetzung für wirksame Pflege dar. In der psychiatrischen Pflege kann dies aufgrund von Symptomen, Rahmenbedingungen oder Verhaltensweisen der Pflegekraft und des Patienten zwar erschwert werden, jedoch ist eine volle Wechselseitigkeit Grundvoraussetzung einer wirksamen Beziehung. Daraus resultiert die bereits eingangs beschriebene Bedeutung der Beziehung für die pflegerische Arbeit. E-Mental Health könnte sich negativ auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten auswirken.

## 3.2 Moralische Aspekte bei der Anwendung von E-Mental Health

### 3.2.1 Die Beziehung zum „Du“ mittels E-Mental Health

Wird Martin Bubers Dialogphilosophie im Kontext ethischer Reflexion betrachtet, erschließt sich ein breites Spektrum moralischer Fragen. Eine „Ich-Du-Beziehung“ ist Grundvoraussetzung der Entwicklung des Wesens eines Menschen. Eine „Ich-Es-Beziehung“ wiederrum entfernt den Menschen von der Gemeinschaft, dem Gegenüber und seinem „Ich“. Eine Beziehung zum „Es“ fördert die Entfremdung der Person von seinem eigenen Wesen.[123] Gemeinschaft ist nach Martin Buber als ein kostbares Gut der Menschheit anzusehen, welches zu erreichen, bewahren und schützen gilt.[124] Denn nur ein Leben in der Gemeinschaft ermöglicht den Beziehungsaufbau zum „Du“.

Eine „Ich-Du-Beziehung“ ist nicht nur durch einen reinen Informationsaustausch gekennzeichnet und gegeben. Vielmehr beschreibt Buber eine Beziehung, in welcher auch nonverbale Reize eine Bedeutung spielen. Hierbei zeigt Buber im Rahmen des mitteilenden Schweigens auf, inwieweit nicht nur verbale, sondern auch nonverbale Sprache von Bedeutung in der „Ich-Du-Beziehung“ ist.[125] Dabei sind auch die anfänglichen Jahre des Menschen durch ein nonverbales In-Beziehung-treten gekennzeichnet und ermöglichen so eine „Ich-Du-Beziehung“ eines Säuglings, beziehungsweise Kleinkindes, zur Umwelt.[126] Aus diesen Voraussetzungen für eine dialogische Beziehung nach Martin Buber stellt sich die Frage, inwieweit E-Mental Health überhaupt einen Dialog mit dem „Du“ ermöglicht.

Einer Kommunikation über Chat oder E-Mail liegt zu Grunde, dass Gesprächspartner nicht in unmittelbarer Nähe sind. Reize welche sich aus Gestik und Mimik erschließen, können somit nicht direkt aus einem Kontakt bezogen werden. Bereits bei telepsychiatrischen Angeboten zeigt sich ein Verlust nonverbaler Reize, was in der Literatur kritisiert wird.[127] Buber setzt auch eine Unmittelbarkeit für die Ausbildung einer „Ich-Du-Beziehung“ voraus.[128] Asynchronen Kommunikationsformen, wie zum Beispiel E-Mail, liegt jedoch eine Zeitverzögerung des Dialogs zugrunde. Somit könnte die Nutzung von E-Mental Health zur Kommunikation bei Überbrückung von Distanzen eine „Ich-Du-Beziehung“ verhindern.

Auch die Konzentration auf reine Informationen von beiden Parteien in der Behandlung kommt eher einer Beziehung zum „Es“ gleich, da nur Teilaspekte des Gegenübers betrachtet werden. In einer Arbeit konnte bestätigt werden, dass in Online-Chats Patienten Aussagen knapper treffen.[129] Sie beschränken sich eher auf Symptome, während E-Mail-Gespräche eher auf die äußeren Umstände und einer Begründung der Kontaktierung zielen.[130] Einer Erhebung von Assessments über E-Mental Health liegt bereits in der Natur des Assessments zugrunde, dass eine Fokussierung auf Teilaspekte eines Patienten vorliegen. An dieser Stelle könnte argumentiert werden, dass auch Assessments im unmittelbaren Kontakt eine Fokussierung auf Einzelaspekte begünstigen. Der Unterschied gegenüber Assessments mittels E-Mental Health-Anwendungen liegt jedoch darin, dass zwischen den beiden Grundworten „Ich-Du“ und „Ich-Es“ noch gewechselt werden kann. Das was mir in einer dialogischen Beziehung widerfährt, kann retrospektiv zu Wissen und Erkenntnis verarbeitet werden.[131] Eine

isolierte Betrachtung der lediglich erhobenen Daten, also „Es-Inhalten“, stellt ein Verweilen in der „Es-Beziehung“ dar. Ein Assessment, welches gemeinsam mit dem Patienten erhoben wird, oder aus einer unmittelbaren „Ich-Du-Beziehung“ hervorgeht, ist hingegen vielschichtiger. Am Anfang steht nicht der Krankheitskomplex, das Symptom oder die Pflegediagnose, sondern es wird eine Betrachtung ausgehend vom Patienten durchgeführt.

Buber selbst beschreibt ein Verweilen im „Es“ im Kontext therapeutischer Beziehungen zwar als geringfügig wirksam, jedoch nicht ausreichend für die Heilung eines psychiatrisch erkrankten Menschen.[132] Aus vorangegangener Überlegung resultieren Fragen zur ethischen Vertretbarkeit der Anwendung von E-Mental Health. Negative Folgen für eine erfolgreichen Pflege sind im Kontext pflegewissenschaftlicher Arbeiten ersichtlich. Denn gerade das Phänomen „Beziehung“ als Wirkfaktor pflegerischen Handelns verliert durch die Anwendung von E-Mental Health an Qualität, wenn Martin Bubers Dialogphilosophie in Bezug gesetzt wird. Aufgrund dieses Blickwinkels der Betrachtung stellen sich moralische Fragen, welche einer ethischen Reflexion benötigen. Dazu sollen im Folgenden moralische Aspekte bei der Anwendung von E-Mental Health benannt und argumentiert werden.

### 3.2.2 Verdinglichung der Interaktionspartner

Aus der vorausgegangenen Arbeit ist ersichtlich, dass E-Mental Health ein breites Spektrum an Möglichkeiten der Parametrisierung der Behandlung von Patienten bietet. Dabei können über Online-Assessments Daten in die Behandlungsakte einpflegt und so ein Monitoring über große Distanz ermöglicht werden. Pflegekräfte wiederum haben die Möglichkeit, diese Daten einzusehen und anhand jeweiliger Erkenntnisse die Behandlung anzupassen. Zusätzlich ist eine weiterführende Kommunikation über Chat oder E-Mail zwischen Pflegekraft und Patient möglich und kann ergänzend, aber auch ersetzend für einen Face-to-Face-Kontakt bestehen. Hierbei stellt sich jedoch die Frage, inwieweit eine Verdinglichung der Interaktionspartner stattfindet.

Martin Buber definiert das Verweilen in der „Es-Welt“ als ein Betrachten von Einzelheiten, von voneinander isolierten Aspekten der Umwelt.[133] Aufgrund der reinen Betrachtung von Teilaspekten des Patienten im Rahmen von eben beschriebenen

Anwendungsmöglichkeiten bei E-Mental Health ist ersichtlich, dass der Patient zu einem „Es“ und nicht „Du“ konzipiert wird. Der Vorgang einer Verdinglichung des Patienten wird zudem durch den Aspekt fehlender Informationen vorangetrieben. Teilaspekte einer zwischenmenschlichen Kommunikation, wie zum Beispiel Geruch, Mimik, Körperhaltung oder auch Intonation der Sprache, können durch E-Mental Health nicht vermittelt werden und gehen somit verloren. Zwar wäre eine Vermittlung nonverbaler Aspekte über sogenannte Emoticons wie Smileys denkbar, jedoch ist fraglich, inwieweit sich Nuancen der nonverbalen Kommunikation abbilden lassen. Emoticons können zudem einen gewissen Interpretationsspielraum bieten. Dabei können sich solche Nuancen oder Interpretationen negativ auf die Kommunikation auswirken, gerade dann, wenn diese zu Missverständnissen im Informationsaustausch führen.

Wird der Patient in einer „Ich-Es-Beziehung“ erfahren, findet eine Entfremdung des Wesens statt. Martin Buber definiert, dass sich das Wesen eines Menschen nur in einer „Ich-Du-Beziehung“ entwickeln und zeigen kann, sowohl für das „Ich“, als auch für das „Du“.[134] Die wesenserzeugenden Kraft zwischenmenschlicher „Ich-Du-Beziehung“ wird durch die Anwendung von E-Mental Health verwehrt. Dabei ist hier die Freiheit eines Patienten als eingeschränkt zu sehen. Patienten können nicht mehr frei entscheiden, ob sie in eine „Ich-Du-“ oder „Ich-Es-Beziehung“ treten möchten. Durch die Anwendung von E-Mental Health wird ihnen schlichtweg die Möglichkeit einer bewussten Beziehungsgestaltung genommen und sie unterliegen dadurch ihrer über sie gesammelten Daten. Des Weiteren wird das Potenzial der Weiterentwicklung des Personenzentrums verwehrt, ein verkümmertes Personenzentrum kann nur in einer „Ich-Du-Beziehung“ wieder vollständig werden.[135]

In einem Artikel von Jenkins et al. wird beschrieben, dass eine fehlende Ausführung von Übungen seitens des Patienten durch die Pflegekraft online eingesehen werden kann.[136] Eine logische Schlussfolgerung einer solchen Funktion ist es, dass die Pflegekraft diese Information in die weitere Behandlung des Patienten einpflegen würde. Dadurch kann die Behandlung der Patienten zeitnah angepasst und Wartezeiten bis zu einem Bezugspflegegespräch sinnvoll genutzt werden. Die Patienten erfahren in diesem Fall eine umfassendere Betreuung. Außerhalb des Face-to-Face-Kontaktes wären Patienten somit nicht mehr auf sich alleine gestellt, sondern würden eine lückenlose Reaktion erfahren. Was hierbei jedoch außer Acht gelassen wird, ist die Tatsache, dass es auch

Gründe für ein solches Ausbleiben von Übungen geben kann. Eventuell leidet die psychisch erkrankte Person unter einer akuten depressiven Episode, aber möchte dies der Pflegekraft über Chat oder E-Mail nicht mitteilen. Im Face-to-Face-Setting ließe sich diese Situation durch eine „Ich-Du-Beziehung“ klären. Der Mensch würde nicht losgelöst von seiner Umwelt oder gegliedert in Teilaspekte betrachtet werden, vielmehr wird der Mensch als Ganzes gesehen. Das Unterlassen von bestimmten Handlungen könnte erst im Gesamtkontext einen Sinn ergeben und so auf mögliche Verschlechterungen der Erkrankung von Patienten hindeuten. Der Patient wird somit aufgrund von einer Verdinglichung seiner Person nicht nur in seiner Freiheit eingeschränkt. Eine wie eben beschriebene Situation führt zudem zu einer Verschlechterung der Behandlung. Dadurch, dass die Pflege nicht das Wesen, sondern nur Teilaspekte des Patienten betrachtet, kann sie den jeweiligen Menschen in seiner Gesamtheit nicht wahrnehmen und so auch keine voll adäquate Behandlung durchführen. Eine zunehmende „Ich-Es-Beziehung“ entfernt nach Martin Buber das „Ich“ vom „Du“, die Pflegekraft wird durch immer mehr generierte Informationen und Daten vom Patienten entfremdet.

Das Betrachten von Teilaspekten durch ergänzende Online-Tools wird durch das geeinzelte Abspeichern von Daten wie Stimmung, Stunden an Schlaf oder Medikamentennutzung auch in Mischformen des Face-to-Face-Settings und E-Mental Health befördert.[137] Legt die Pflegekraft lediglich Wert auf die gesammelten Daten, kann es geschehen, dass sie wichtige Aspekte außer Acht lässt. Setzt die Pflegekraft hingegen Teilaspekte in den Kontext zu Bewusst-Gewordenem aus einer „Ich-Du-Beziehung“, ist die Interpretation der Informationen ganzheitlicher. Die Pflegekraft sieht somit nicht mehr nur die Einzelheiten des Patienten. Durch das In-Beziehung-setzen von Aspekten in die „Ich-Du-Beziehung“ werden Informationen in das „Du“ eingebunden und erweitern somit das Wesen des Patienten. Somit sollte eine neu gewonnene Information wieder in eine erneute „Ich-Du-Beziehung“ zu den Patienten gesetzt werden, denn nur durch eine Wechselwirkung kann die Wirklichkeit hinter den Informationen erkannt werden.[138] Solch ein Vorgehen ist jedoch nur in einer Face-to-Face-Beziehung möglich, E-Mental Health kann ein stetiges „in Beziehung“ setzen nicht ermöglichen.

Örtliche und zeitliche Flexibilität bieten eine Erweiterung der Möglichkeiten an zu nutzenden Verfahren, gerade dann, wenn die Betreuung durch E-Mail zeitungebunden stattfindet. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob durch eine beförderte „Ich-Es-

Beziehung“ auch Einschränkungen der Autonomie eines Patienten erfolgen könnten. Nur eine „Ich -Du-Beziehung“ ermöglicht nach Buber eine freie Entscheidung.[139] Durch die stetige Objektivierung des Patienten im Rahmen von E-Mental Health können diese Opfer einer Kategorisierung werden, auf welche sie keinen Einfluss mehr haben. Der Patient wird nur noch als Avatar gesehen. Durch Zwang einer Datenweitergabe ist der Mensch nur noch Summe seiner Daten und kein persönliches Gegenüber mehr.[140] Als Pflegekraft im Face-to-Face-Setting ist es noch möglich, zu intervenieren. Eine „Ich-Du-Beziehung“ kann der Pflegekraft aufzeigen, dass ein bestimmter Behandlungsweg zwar aufgrund der Daten sinnvoll wäre, aber dennoch nicht zu wählen sei. Nur die Beziehung zu einem „Du“ kann die wirklichen Bedürfnisse eines Patienten aufzeigen.[141] Nur in einer „Ich-Du-Beziehung“ kann der Patienten in voller Gänze für seine Behandlung mitentscheiden. Im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung ist es Grundvoraussetzung, dass Patienten ihre eigene Behandlung gemeinsam mit der Pflegekraft bestimmen und diese nicht autoritär über ihre Patienten hinwegentscheidet.[142] Dieser Aspekt wird durch das Ursache-Wirkung-Kontinuum verschärft.

Martin Buber erkannte, dass die „Ich-Es-Beziehung“ durch den Glauben an Ursächlichkeit determiniert ist.[143] Eine „Ich-Du-Beziehung“ dagegen, ermöglicht es, in einer Wechselwirkung zu agieren. Nur in dieser kann ein Mensch Freiheit in seiner Entscheidung und hierdurch volle Entscheidungsfähigkeit erleben.[144] Erneut wird der Patient durch die in „Es-Setzung“ mittels generierter Daten einseitig betrachtet und durch diese determiniert. Pflegeziele, welche zwar aufgrund von eingetragenen Parametern erstmal wenig sinnvoll erscheinen, in einer „Ich-Du-Beziehung“ jedoch als Bedürfnis erkannt werden, können so außer Acht gelassen werden. Im Zusammenhang der Entscheidung stellt sich zudem die Frage, inwieweit Patienten überhaupt die Kompetenz zur selbstständigen Entscheidungsfindung besitzen. Erst im Rahmen psychoedukativer Maßnahmen erlangen Patienten relevante Kompetenzen zur Entscheidungsfindung. Dabei ist es jedoch für die Pflegekraft notwendig, sich über Wünsche oder Bedürfnisse eines Patienten bewusst zu werden. Diese werden nach Martin Buber lediglich in einer Realphantasie mittels „Ich-Du-Beziehung“ vermittelt.[145] Für die Anwendung von E-Mental Health bedeutet das, dass durch die stetige „Es-Werdung“ des Patienten Bedürfnisse, Gefühle und weitere antreibende Faktoren nicht bewusst werden können. Ein breites Angebot an Behandlungsmöglichkeiten wirkt auch überfordernd, gerade wenn ein Patient nicht über die entsprechende Health-Litercy verfügt. Eine Wechselwirkung

und Realphantasie sind dabei essentielle Aspekte der Beziehung, um den Patienten effektiv im Behandlungspfad zu begleiten und nach seinen Bedürfnissen und Wünschen und somit in seinem Sinne zu handeln.

E-Mental Health befördert nicht nur eine in „Es-Setzung“ der Patienten, auch die Pflegekraft wird verdinglicht. Erneut stellt das Prinzip der Wechselwirkung ein Problem bei der Betrachtung von E-Mental Health dar. Die Pflegekraft beeinflusst den Patienten, übertragen aus Martin Bubers Verständnis einer wechselseitigen Beziehung, genauso, wie ein Patient die Pflegekraft beeinflusst. Wird es durch E-Mental Health jedoch verwehrt, eine Pflegekraft als „Du“ anzusprechen und kann diese nur noch als „Es“ betrachtet werden, kann ein Wachsen an dieser nicht mehr erfolgen. Aus pflegewissenschaftlicher Sicht ist jedoch gerade dieses „Wachsen an der Pflegekraft durch Beziehung“ essentiell für ein Erreichen von Pflegezielen.[146]

Neben Auswirkungen von E-Mental Health auf die Beziehung von zwei Interaktionspartnern sind auch die Folgen auf das Gruppensetting zu beachten. Gruppensettings in der psychiatrischen Versorgung sind häufig anzutreffen und seit mehreren Jahren bereits etabliert.[147] Dabei können Pflegeziele gemeinsam mit den Mitpatienten unter Leitung einer professionell pflegenden Person erreicht werden. Dies stellt eine Gemeinschaft im Sinne Martin Bubers Sozialphilosophie dar.[148] Diese definiert sich demnach als eine Gruppe von Menschen, welche nicht aufgrund von externen Rahmenbedingungen in eine Gesellschaft eingeformt werden, sondern aufgrund gemeinsamer Ziele, Normen und Werte eine Gemeinschaft bilden.[149] Martin Buber beschrieb zudem, dass eine „Ich-Du-Beziehung“ im Gruppensetting zwar erschwert sei,[150] jedoch durchaus möglich ist.[151] Voraussetzung ist, dass sich jeder in die Gruppe miteinbringt.[152] Fortschritt ist zudem in einer „Du-bezogenen“ Gemeinschaft erreichbar, während eine „Es-bezogene“ Gemeinschaft bezüglich ihrer Weiterentwicklung stagniert, sowohl auf sozialer als auch individueller Ebene.[153]

Im Rahmen von E-Mental Health werden auch Gruppenchats als Anwendungsform genutzt.[154] Dadurch kann erneut eine zeitliche und örtliche Flexibilität für die Patienten erreicht werden. Zudem kann in Foren, welchen keinen zeitlichen Rahmen für den Austausch bieten, zu jeder Uhrzeit ein Problem erläutert werden. Somit haben die Patienten seltener das Gefühl, mit ihren Problemen alleine zu sein und fühlen sich

entlastet.[155] Die bereits genannten Kommunikationsschwierigkeiten in Chats zeigen auch hier negative Folgen auf. Wie können Patienten in Gruppensituationen wachsen, wenn sie nicht in eine „Ich-Du-Beziehung“ mit den Mitpatienten und Moderatoren des Forums eintreten können? Es können wichtige Erfahrungen verloren gehen. Zudem wird ein In-Relation-setzen zur analogen Welt erschwert. Soziale Interaktionen unterliegen online anderen Bedingungen, wie beispielsweise Anonymität, als in Offline-Settings. Außerdem ist es fraglich, inwieweit eine Pflegekraft den Patienten online im Gruppensetting betreuen kann. Im Face-to-Face-Kontakt lässt sich oftmals nonverbal erkennen, warum eine Person keine verbale Antwort gegeben hat. Erneut spielt das mitteilende Schweigen in Bubers Betrachtung eine handlungsleitende Rolle. Durch das Fehlen nonverbaler Signale ist es fraglich, inwieweit ein Erkennen der Situation möglich ist. Folge hierdurch kann es sein, dass Patienten zu Unrecht für nicht compliant gehalten oder sie als nicht absprachefähig angesehen werden. Somit wird das Bild vom Patienten durch ledigliche Betrachtung seiner Teilaspekte verfälscht. Auch Mitpatienten untereinander könnten so in ihrem Beziehungsaufbau gehemmt werden, da sie sich gegenseitig nicht in „Du-Beziehung“ setzen können. Für Online-Gruppenchats wird argumentiert, dass Patienten, welche sich in einem Face-to-Face-Setting gegenüber der Gruppe aufgrund von Scham nicht öffnen können, durch eine gewonnene Anonymität eher zu Äußerungen bereit sind.[156] Jedoch ist zu fragen, inwieweit dies wirklich einen Vorteil für betroffene Patienten darstellt. Im Face-to-Face-Kontakt hat die Pflegekraft die Möglichkeit, durch nonverbale Wahrnehmung den Scham zu erkennen. Die Gruppensituation kann nach Einzelinterventionen zur Selbstbewusstseinssteigerung eine Expositionstherapie darstellen, wodurch der Patient direkt Lernfortschritte anwenden und üben kann. Dies stellt einen Realitätsbezug zur Außenwelt her, dieser Effekt wäre im Online-Setting nicht gegeben. Das Grundlegende Problem der Patienten, sich gegenüber einer Gruppe nicht behaupten zu können oder, beispielweise aufgrund von Motivationsproblemen, nicht zu wollen, wird durch die Online-Maßnahme minderwertig behandelt. Somit werden den Patienten essentielle Erlebnisse pflegerischer Arbeit genommen, eine Entwicklung hin zu einer resilienten Person im sozialen Kontext wird gestört.

Die Verdinglichung beider Interaktionspartner führt zu einer Einschränkung des Patienten in seiner Freiheit und Autonomie. Patienten können aufgrund der „Es-Werdung“ nicht mehr frei entscheiden. Zudem ist die Fürsorge zum Patienten als eingeschränkt zu sehen, wenn durch fehlende Realphantasie eine bedarfsgerechte

Versorgung verhindert wird. Weiter sind negative Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung zu befürchten. Dabei hat die Pflegekraft eine Verantwortung für eine adäquate Behandlung und ein bestmögliches Ergebnis der pflegerischen Tätigkeit ist zu erzielen.[157]

### 3.2.3 Verlust pflegerischer Kompetenzen und Qualität der Behandlung

Wie bereits im vorherigen Abschnitt geschildert, findet ein Qualitätsverlust der pflegerischen Leistung durch die Verdinglichung der Interaktionspartner statt. Diese Einschränkung pflegerischer Leistung kann in einer Behandlung zu Schäden am Patienten führen. Außerdem wird der Genesungsprozess zum Nachteil des Patienten hinauszögert, beziehungsweise verlängert. Neben der Verdinglichung der Interaktionspartner führen auch andere Faktoren bei der Nutzung von E-Mental Health unter Betrachtung mittels der Dialogphilosophie zu negativen Folgen.

Wie im Vorfeld bereits erläutert, beschreibt Martin Buber die „Ich-Du-Beziehung“ als ein wechselseitiges aneinander Wachsen. Somit sind es nicht nur Patienten, welche im Rahmen einer solchen zwischenmenschlichen Beziehung eine Ausformung ihres Wesens erleben. Auch die in der Beziehung stehende Pflegekraft wächst an ihrer Tätigkeit. In der Pflegewissenschaft wird dies im Rahmen der evidenzbasierten Pflege als Expertise der Pflegenden für eine qualitativ hochwertige Pflege vorausgesetzt.[158] Durch die in den vorherigen Punkten erläuterte Einschränkung der „Ich-Du-Beziehung“ mittels E-Mental Health und der daraus resultierenden fehlenden Erweiterung des Wesens eines Menschen durch zwischenmenschliche Beziehung, ist also davon auszugehen, dass negative Einflüsse auf die Pflegepraxis zu befürchten sind.

E-Mental Health bietet aufgrund seiner Möglichkeit der schnelleren Verarbeitung und dem „in Beziehung“ setzen unterschiedlicher Daten die Möglichkeit, Informationen des Patienten genauer zu interpretieren. Fehlschlüsse zu unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten können somit vermieden werden, da ein automatisierter Assessmentbogen die Auswertung der Inhalte zum Beispiel eigenständig durchführen kann und die Pflegekraft somit das auf Evidenz basierte Ergebnis erhält. Dadurch ergeben sich eventuell Möglichkeiten zur Verbesserung der Diagnostik und Entscheidungsfindung im Behandlungspfad durch Zusammenschluss der Erkenntnisse

über die Patienten mit Datenbanken. Mehrfach wurde bereits im Rahmen dieser Bachelorarbeit auf die Bedeutung der Beziehungsarbeit in der Pflege hingewiesen. Martin Buber beschreibt in seiner Dialogphilosophie einen Zusammenhang zwischen „Ich-Du-Beziehung“ und Beziehungsfähigkeit. Grundsätzlich sei jeder Mensch zur dialogischen Beziehung fähig. Jedoch wird es mit zunehmender „Es-Werdung“ der Umwelt immer schwieriger eine Beziehung zum „Du“ aufzubauen.[159] Das zunehmende „Erfahren“, „Erwerben von Kenntnissen“ und „spezialisierte Verwenden“ hemmt die Fähigkeit, eine dialogische Beziehung mit dem „Du“ einzugehen und führt somit zum Stillstand des persönlichen und gemeinschaftlichen Fortschrittes.[160] Pflegekräfte verlieren demnach an Beziehungsfähigkeit, welche notwendig ist, Erkenntnisse wieder „in Beziehung“ zu setzen und somit dem Patienten gegenüber gerecht zu handeln. Sicherlich fördert eine zunehmend automatisierte Behandlung des Patienten aufgrund von Algorithmen diesen Prozess. Wertet ein Algorithmus den Stimmungsbogen eines Patienten aus, benötigt die Pflegekraft ihre Interpretationskompetenzen von Widerfahrnissen nicht mehr, denn Technik übernimmt diesen Part der Behandlung. In einem Beitrag Stalders wird eine Überbewertung von Zahlen kritisiert.[161] Dies wäre auch bei Assessments im Rahmen von E-Mental Health denkbar, gerade dann, wenn einzelne Antworten des Patienten im Assessmenttool nicht mehr von der Pflegekraft gegenkontrolliert werden. Dieser Umstand wird durch das Fehlen nonverbaler Signale im Chatverlauf bei Diagnosestellung verschärft.[162] Auch Face-to-Face-Settings bergen diese Gefahr, jedoch werden Wahrnehmungen im Idealfall durch einen Wechsel von „Ich-Du-“ und „Ich-Es-Beziehung“ generiert, somit werden also einzelne Aspekte immer im Vergleich zum Widerfahren des „Du“ gesetzt. Ein Verlust pflegerischer Kompetenzen in eben beschriebenem Kontext könnte somit zu einer qualitativen Beeinträchtigung führen, ohne dass diese erkannt wird. Sorgfaltspflicht und Nutzen gegenüber dem Patienten können hiermit nicht mehr oder nur bedingt gegeben werden. Somit weist die Nutzung von E-Mental Health aus dialogphilosophischer Sicht einen geringeren Nutzen aufgrund des Verlustes pflegerischer Kompetenzen auf.

Stommel und Van der Houwen berichten in ihrer Arbeit zu E-Mental Health in der psychotherapeutischen Betreuung, dass ein fehlen von Mimik und Gestik Schwierigkeiten in der Verständigung zwischen den Interaktionspartnern darstelle.[163] Daraus resultieren Fragen, wie zum Beispiel, wann eine Kommunikation als beendet erscheint und welche emotionale Lage gerade vorhanden sei.[164] Zudem könnte ein

Abbruch der Internetverbindung ebenfalls ein Gesprächsende suggerieren.[165] Erneut stellt sich dar, dass eine „Ich-Du-Beziehung“ im Rahmen von E-Mental Health nicht möglich erscheint. Zum vollen Wesen eines Menschen gehören auch Dinge, welche nicht verbal geäußert werden können und sich nur mit Sinnen erleben lassen.[166] Diese Aspekte sind nur in einem direkten Face-to-Face-Kontakt möglich, in einer dialogischen Beziehung zum „Du“ können nonverbale Reize bewusst werden oder den Inhalt der Sprache maßgeblich in unterschiedliche Richtungen lenken. Wird also eine Kommunikation aufgrund mangelnder Informationen beendet, könnte dies aufgrund eines Missverständnisses zu einer Kränkung bei der pflegebedürftigen Person führen. Diese Kränkung bildet einen Schaden in der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient, als auch einen Schaden am Patienten. Solch ein Schaden wäre vermeidbar und ist aus ethischer Sicht als bedenklich einzustufen.

Erneut soll der Qualitätsverlust durch Nutzung von E-Mental Health durch Fehlen der Realphantasie dargestellt, jedoch weiter ausgeführt, werden. Wie bereits erwähnt beschreibt Martin Buber die Realphantasie als die Vorstellung von Gefühlen, Bedürfnissen, Gedanken und Empfinden eines Gegenübers.[167] Wichtige Reize, welche in einer Face-to-Face-Situation durch Empathie- und Reflexionsfähigkeit erlangt werden können, gehen bei der Nutzung von E-Mental Health verloren. Wird Martin Bubers Betrachtung der Realphantasie somit konsequent weitergedacht, kann die Nutzung von technischen Tools nicht als Ersatz für direkte Kommunikation dienen. Pflege als Wissenschaft beschäftigt sich mit den „Auswirkungen von Krankheit, Behinderung und Gebrechen auf die Alltagsgestaltung“[168]. Auswirkungen sind jedoch nicht nur im technischen Handeln zu verstehen, auch emotionale Auswirkungen spielen in der pflegerischen Betrachtung eine wichtige Rolle. Geht aufgrund der Nutzung technischer Kommunikationsformen ein Verlust der Realphantasie einher, kann schlichtweg keine emotions- und bedürfnisorientierte Betrachtung stattfinden. Den Pflegebedürftigen werden Aspekte professioneller pflegerischer Behandlung bei der Nutzung von E-Mental Health entzogen.

In der „Ist-Analyse“ dieser Bachelorarbeit wurde bereits geschildert, wie Patienten den Pflegekräften Bilder zur Verdeutlichung jeweiliger Sachverhalte mit jeweiligen Fragen zusenden konnten.[169] Diese antworteten wiederum per E-Mail, ob ein Besuch notwendig ist oder nicht.[170] Hierdurch können Patienten im Alltag entlastet werden, da diese nicht

wegen jeder Frage einen zeitaufwändigen Kontakt benötigen. Ein weiterer Vorteil ist die Alltagsnähe, Patienten können direkt im Kontext des Alltags Fragen stellen. In einem Face-to-Face-Kontakt kann dies aufgrund von verschwommenen Erinnerungen erschwert sein. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob solch eine Kommunikationsform nicht auch Risiken birgt. Denkbar ist es, dass Patienten auf die Pflegekraft mit Problemen in Kontakt treten, welche erstmal vertretbar erscheinen. Dieses in Kontakt treten kann als Tor für unangenehme oder gar schambesetzte Themen dienen, sowohl für Patienten, als auch für Pflegekräfte. Das Fehlen der Realphantasie würde in diesem Beispiel die eigentlichen Bedürfnisse des Patienten, eventuelle Ängste, Sorgen und Nöte, nicht erkennen lassen. Suizidalität stellt in der Gesellschaft ein stark stigmatisiertes und schambesetztes Themengebiet dar.[171] Oftmals sind es nonverbale Reize oder beiläufige Anmerkungen, welche Hinweise für eine vorhandene Suizidalität geben. Das Fehlen der Realphantasie im E-Mental Health-Setting kann somit fatale Folgen einnehmen.

Wird also E-Mental Health unter den Aspekten Martin Bubers dialogphilosophischen Gedanken betrachtet, zeigt sich ein Verlust pflegerischer Kompetenzen in Bezug zur Beziehung und eine Verminderung der Qualität bis hin zu potenziellen Schäden am Patienten. Remmers fasst dieses Problem unter dem Aspekt des technisch-induzierten Entfremdungsphänomens durch Verluste persönlicher, körperlich-leiblicher Nähe zum Patienten zusammen.[172] Weiter gedacht, können jedoch auch Fragen der Gerechtigkeit aufkommen, wenn eine „Ich-Du-Beziehung“ als Qualitätsmerkmal der pflegerischen Handlung anzusehen ist.

### 3.2.4 E-Mental Health im Kontext der Gerechtigkeit

Die zu befürchtenden Nachteile durch mangelnde „Ich-Du-Beziehung“ im Rahmen von E-Mental Health-Anwendungen und den daraus resultierenden Qualitätsmängeln können zur Frage der gerechten Verteilung von E-Mental Health und konventionellen pflegerischen Behandlungsmaßnahmen führen.

Online-Therapien weisen gegenüber Face-to-Face-Settings geringere Kosten auf.[173] Daher erscheinen diese als ein denkbares Mittel für einkommensschwache Personengruppen.[174] Aber auch Pflegebedürftige, welche weit entfernt von pflegerischen Angeboten leben, könnten durch E-Mental Health profitieren. Zudem sind Maßnahmen

in den Bereichen der Prävention und niederschwelligen Angeboten denkbar. Wie unter Punkt „1.3 E-Mental Health“ beschrieben, ist das Erreichen einer breiteren Masse an Personen ein großer Vorteil des sozio-technischen Arrangements. Wird die „Ich-Du-Beziehung“ jedoch als ausschlaggebender Punkt für die Wirksamkeit einer pflegerischen Beziehung angesehen, wirkt sich die Nutzung von Online-Angeboten zur Überwindung von Defiziten in der psychosozialen Versorgung ungerecht aus.

Klienten, welche in unmittelbarer Nähe zu pflegerischen Angeboten leben oder finanzielle Mittel eher aufbringen können, erhalten die qualitativ hochwertigere Behandlung, während einkommensschwache oder geographisch isolierte Personen unter Qualitätsmängeln ihrer Betreuung leiden müssen. Es könnte im Sinne von „Any care is better than no care“ argumentiert werden, dass diesen Patientengruppen zumindest eine Behandlung zukommt, was ohne Online-Angebote erschwert sei. Jedoch ist aus vorrangegangenen zu befürchtenden Schäden bezüglich des Patienten bei Ausbleiben einer „Ich-Du-Beziehung“ davon auszugehen, dass dies ein deutliches Ungleichgewicht im Sinne einer Zweiklassengesellschaft befördert. Ziel einer Behandlung sollte es sein, durch Interventionen oder Etablierung neuer Technologien eine Verbesserung der Behandlung aller zu erreichen.[175] Sind jedoch Folgeschäden bei der Behandlung zu erwarten, könnte eine unüberlegte Nutzung von E-Mental Health-Angeboten mehr Schaden als Nutzen bringen. Ein Argument für die Nutzung von E-Mental Health könnte die Rolle als „Gatekeeper“ zur Face-to-Face-Behandlung sein. Patienten, welche sich nicht für eine konventionelle Behandlung entscheiden können, haben zumindest durch Online-Verfahren die Möglichkeit, einen ersten Kontakt zur pflegerischen Betreuung zu erlangen. Dabei muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Patienten Vor- und Nachteile von E-Mental Health gegenüber Face-to-Face-Methoden kennen und diese adäquat abwägen können. Inwieweit dies in Krisensituationen möglich ist, ist jedoch fraglich. Die mögliche Anonymität macht es kaum möglich, adäquat und schnellstmöglich zu handeln, hierbei sei an akuter Suizidalität oder Flashbacks bei posttraumatischer Belastungsstörung zu denken.[176]

Ein weiterer Nutzen von E-Mental Health wird darin gesehen, dass eine Pflegekraft mehrere Patienten auf einmal betreuen kann.[177] Dadurch könnte sich E-Mental Health positiv auf den Pflegemangel auswirken. Eine Pflegekraft kann nicht nur einen Patienten im Einzelkontakt betreuen, sondern durch unterschiedliche Chatfenster beispielsweise

mehrere Nutzer auf einmal. Bereits im stationären Setting zeigen sich bei der Betreuung mehrerer Patienten jedoch Schwierigkeiten. In Gruppensettings kann es sein, dass gewisse Patienten im Gespräch mehr Raum einnehmen als andere. Die Pflegekraft hat dann die Aufgabe, ein ausgewogenes Miteinander zu schaffen, um alle Patienten in den Gruppenprozess miteinzubinden. In einem eben genannten Szenario über mehrere Chatfenster wird den Patienten jedoch suggeriert, sie seien gerade in einem Einzelkontakt. Zudem könnten Patienten eine direkte Antwort erwarten, was nicht immer möglich ist. Dies wird zum Beispiel mitbedingt durch die Fähigkeit der Pflegekraft und der Patienten beim Eintippen von Texten oder der Dauer der Reflexion des Geschriebenen.[178] Diese Zeitverzögerung kann die notwendige Unmittelbarkeit für eine „Ich-Du-Beziehung“ stören und somit eine „Ich-Es-Beziehung“ fördern.

Wie verhält es sich jedoch, wenn die Pflegekraft einem Chatfenster mehr Aufmerksamkeit schenkt als dem anderen, da dieses interessanter oder bindender ist? Das „Du“ in Martin Bubers Dialogphilosophie ist gekennzeichnet durch eine Grenzenlosigkeit.[179] Kein „Es“ steht demnach neben einem „Du“. Sobald dem „Du“ ein anderes „Du“ oder „Es“ nebenstehend betrachtet wird, wird das „Du“ zum „Es“.[180] Begrenze ich nun Patienten in einem Chatfenster aufgrund eines anderen Patienten, verlasse ich jegliche Beziehung, eine „Ich-Du-Beziehung“ ist aufgrund der fehlenden Grenzenlosigkeit des Individuums nicht möglich. Zudem kann ein hervorgehobenes Chatfenster andere Chatfenster überdecken und so zu einem unbewussten Vernachlässigen führen. Doch selbst bei einer gerechten Verteilung der Aufmerksamkeit kann es zu Schwierigkeiten kommen. In „Elemente des Zwischenmenschlichen“ beschreibt Buber die Herausforderungen der „Ich-Du-Beziehung“ im Gruppenkontext. Das Konzentrieren auf mehrere „Du“ bedarf ein Einbeziehen aller, die Gruppe bildet ein gemeinsames „Du“.[181] Wechselt die Pflegekraft die Chatverläufe untereinander stetig, um allen Patienten gleichermaßen gerecht zu werden, begrenzt sie erneut die einzelnen Personen hinter den Gesprächen und macht sie so zum „Es“. Aus dieser Überlegung ist ersichtlich, dass eine gerechte Verteilung einer Pflegekraft auf mehrere Patienten zum selben Zeitpunkt bei der Anwendung von E-Mental Health deutlich erschwert ist. Aufgrund von ungewollter Fokussierung eines Chatverlaufes, da dieser eventuell mehr Aufmerksamkeit aufgrund schwieriger Verläufe oder möglicher Komplikationen benötigt, kann es zu einer ungerechten Behandlung unter den betreuten Patienten kommen. Die Frage hierbei ist, inwieweit gerechtfertigt werden kann, dass ein Patient

mehr Aufmerksamkeit bekommt als ein anderer? Hier kann gegenargumentiert werden, dass auch im Face-to-Face-Setting eine bewusste Fokussierung auf einen Patienten stattfinden kann. Aufgrund der „Ich-Du-Beziehung“ und den damit einhergehenden Wahrnehmungen ist es jedoch der Pflegekraft besser möglich, abzuschätzen, inwieweit eine solche Fokussierung aufgrund von Krisen notwendig oder für die anderen Patienten vertretbar ist. In einem Online-Setting kann dies wegen fehlender nonverbaler Reize deutlich erschwert werden. Buber beschreibt die Erfüllung der Beziehung in der vollen Vergegenwärtigung, wo eine Person nicht nur als diese gemeint wird, sondern in der eine Person in jeweiliger Approximation als Erfahrung erlebt wird.[182] Durch die Begrenzung der Patienten bei Nutzung von Chat und E-Mail und der fehlenden Wahrnehmungen einer „Ich-Du-Beziehung“ kann diese volle Vergegenwärtigung der Interaktionspartner nicht stattfinden, eine Beziehung zum „Du“ ist nicht möglich.

Das Problem der Gerechtigkeit im Kontext von unterschiedlichen Chatfenstern kann direkt in Verbindung mit dem Prinzip der Verantwortung gegenüber den Patienten gesetzt werden. Nach Buber und Levinas hat das „Ich“ eine Verantwortung für alle an der Beziehung beteiligten „Du“.[183] Wird ein „Du“ gegenüber den anderen bevorzugt, führt dies zu einer Ungerechtigkeit für die benachteiligten Parteien. Die benannte Verantwortung gegenüber den Patienten beinhaltet jedoch noch weitläufigere Aspekte zur Betrachtung.

### 3.2.5 Die Verantwortungsfrage bei der Anwendung von E-Mental Health

In Martin Bubers Dialogphilosophie wird die Erfüllung der moralischen Dimension der Verantwortung in der Beziehung zum „Du“ verortet. Dabei lokalisiert Buber die Verantwortung da, wo wirkliche Antwort an das gegeben wird, was man sieht, spürt, hört oder einem widerfährt.[184] Dabei reicht es nicht, in eine Beziehung mit dem „Es“ einzutreten. Vielmehr benötigt verantwortbares Handeln das Sich-bewusst-werden des ganzen Wesens und somit des „Du“.[185] Es ist belanglos, welcher Natur das „Du“ entspringt, daher ist sowohl ein Erwachsener, ein Kind, als auch, zum Beispiel, ein Hund verantwortet, sobald dem Wesen geantwortet wird.[186] Das Ausweichen aus dieser Verantwortung oder das Mitschwimmen in den Entscheidungen der Gemeinschaft, wird hierbei mit einer Unverantwortlichkeit gleichgesetzt und widerspricht den moralischen Werten einer Gemeinschaft.[187] Die Begründung der Verantwortung sieht Buber im

gegenseitigen Wechselwirken der Interaktionspartner.[188] Dadurch, dass das „Ich“ am „Du“ wirkt, hat dieses „Ich“ eine Verantwortung für die Antworten, welche gegeben worden sind.[189] Hierbei bedingt die Liebe, nicht als Gefühl, sondern als bedingende Kraft, die Fähigkeit zum In-Beziehung-treten mit dem „Du“ und damit zur Verantwortung.[190]

Wird nun Bubers Verständnis von Verantwortung in Beziehung mit E-Mental Health gebracht, stellt sich die Frage, inwieweit Verantwortung für die Behandlung wahrgenommen werden kann. Wie bereits unter „3.2.1 Die Beziehung zum „Du“ mittels E-Mental Health“ und „3.2.2 Verdinglichung der Interaktionspartner“ argumentiert wurde, wirkt sich E-Mental Health verhindernd auf eine „Ich-Du-Beziehung“ zwischen Pflegekraft und Patienten aus. Aus diesem fehlenden „Du“ für das „Ich“ kann somit geschlossen werden, dass das Tragen einer Verantwortung im Rahmen von E-Mental Health aus dialogphilosophischer Sicht nicht fundiert ist. Der Pflegekraft fehlen essentielle Widerfahrnisse aus der „Ich-Du-Beziehung“, die Folgen können nicht adäquat abgeschätzt werden. Die Verantwortbarkeit des Handelns wird zudem eingeschränkt, wenn Algorithmen, wie oben beschrieben, den Behandlungspfad des Patienten vorgeben. Pflegekräfte können bei der Nutzung von E-Mental Health keine Antwort an ein „Du“ geben, trotzdem müssten sie rechtlich Verantwortung für die pflegerische Behandlung tragen. Unter Betrachtung der Definition von Verantwortung im Rahmen der Dialogphilosophie wirkt das Tragen dieser paradox, der Pflegekraft wird etwas abverlangt, worüber sie selbst nicht die Kontrolle besitzt.

Ein genanntes Argument für die Etablierung von E-Mental Health ist, dass aufgrund erhöhter Flexibilität psychosoziale Angebote an Attraktivität gewinnen.[191] Die Vorteile für Patienten könnten darin liegen, dass sie keine Einschränkung in ihrem Alltag durch eine psychosoziale Versorgung erleben. Sie können diese dann wahrnehmen, wenn sie dafür auch Zeit haben. In der psychiatrischen Versorgung ist es durchaus sinnvoll, Patienten einen Abstand von ihren alltäglichen Aufgaben wie häusliche oder berufliche Tätigkeiten zu bieten. Stress ist ein häufiger Faktor für Pflegediagnosen im Bereich der psychiatrischen Versorgung.[192] Patienten bekommen somit die Chance, ihre Aufgabenlast zu reflektieren und ihrer Belastbarkeit anzupassen. In diesem Zusammenhang kann eine Pflegekraft aufgrund ihrer Kompetenzen in Bezug auf den Alltag unterstützend wirken. Die Nutzung von E-Mental Health-Angeboten kann somit bei Patienten, welche unter Stress oder Überlastung leiden, eventuell eine eingeschränkte

Wirksamkeit aufweisen. Es könnte ein Programm genutzt werden, welches extra für die Optimierung des Alltags und der Reduktion von Stress konzipiert wurde. Fraglich ist jedoch, ob Patienten eigenständig die Reflexionsfähigkeit aufbringen können, um auch unangenehme Folgen, wie zum Beispiel Einschränkungen im Berufsleben, in Kauf zu nehmen. Eine Pflegekraft kann in einer „Ich-Du-Beziehung“ insoweit wirken, als dass sie dem Patienten die Dringlichkeit der Reduktion von Stress und Überlastung zugunsten der psychischen Gesundheit vermittelt. Durch das Fehlen der Wechselwirkung einer „Ich-Du-Beziehung“ ist die Wirksamkeit eingeschränkt, Patienten werden mit ihren Sorgen und Nöten alleine gelassen. Pflegekräfte müssten diese Auswirkungen verantworten, ohne, im Sinne oben genannter Erläuterung, Verantwortung für das Handeln der Patienten tragen zu können.

Folge hierdurch könnte ein ethisches Dilemma für die Pflegekräfte sein. Ethische Prinzipien wie „Fürsorge“ und „Verantwortung“ geben der Pflege normativ vor, im Sinne und zum Wohle des Patienten zu handeln.[193] Das Prinzip der Autonomie bedeutet gleichzeitig, die Entscheidungen des Patienten zu respektieren und in dessen Sinne zu agieren.[194] Wenn die Entscheidung des Patienten für die Nutzung von E-Mental Health jedoch gegen die Empfehlung der Pflegekraft spricht und die Pflegekraft diese Behandlung nicht verantworten kann, wie kann eine Unterstützung dieses Systems dann gerechtfertigt werden? Weiter stellt sich die Frage, wie eine Pflegekraft Verantwortung für eine Behandlung mittels E-Mental Health tragen kann, wenn ihr die Einschätzung der Folgen geplanter Interventionen nicht vollumfänglich möglich ist? Wie bereits erläutert, wird die Verantwortung bei Martin Buber durch die Beziehung zum „Du“ bedingt. Nur im „Du“ sind die Auswirkungen der Handlungen ersichtlich. Die bloße Beziehung zu Patienten mittels E-Mental Health, und damit eine reine Beziehung zu „Es-Inhalten“, verhindert ein Überblicken aller Folgen. Die Pflegekraft kann erneut nicht Verantwortung für alle Folgen tragen, da sie diese nicht vollumfänglich Überblicken kann.

Dabei wäre die Beratung zur Nutzung von E-Mental Health-Angeboten ohne vorausgehender „Ich-Du-Beziehung“ ein unverantwortliches Handeln. Ohne das Wahrnehmen des Wesens kann keine Realphantasie erfolgen und somit kein vollwertiges Erleben der Bedürfnisse des „Du“, die Patienten sind somit auf sich alleine gestellt. Für Klienten mit hoher Health-Litercy und einem fundierten Verständnis der Versorgungsmöglichkeiten bei psychischer Erkrankung und Belastung sind

Informations-Webseiten eventuell eine sinnvolle Option. Patienten welche jedoch unter kognitiver Einschränkung leiden, sei es von Geburt an oder hervorgerufen durch die psychische Erkrankung, wird hiermit eine nicht zu bewerkstelligende Aufgabe zugemutet. Folgen hieraus könnten unreflektierte Entscheidungen sein, wodurch Patienten ohne vorherige fundierte Beratung eventuell schädigende Maßnahmen ergreifen.[195] Das Resultat kann eine Verschlechterung der Erkrankung sein, wenn falsche Maßnahmen zur Behandlung gewählt wurden.

# 4. Diskussion

## 4.1 Diskussion moralischer Aspekte

Die Herausarbeitung moralischer Aspekte und ihrer ethischen Probleme bei Anwendung von E-Mental Health ergab differenzierte Argumente für und gegen E-Mental Health. Die eruierten Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten erzeugen ethische Problemlagen, welche den Vorteilen der Nutzung von E-Mental Health gegenüberstehen. Im Folgenden soll eine Gegenüberstellung und schließlich eine Diskussion der herausgearbeiteten Argumente durchgeführt werden.

Die negativen Folgen durch den Einsatz von E-Mental Health begründen sich maßgeblich dadurch, dass die „Ich-Du-Beziehung“ mittels E-Mental Health nicht möglich ist. Hierzu fehlt es an nonverbalen Reizen, dem „mitteilenden Schweigen“, Realphantasie und Unmittelbarkeit. Dies führt zu einer Reduzierung des Patienten auf dessen generierte Daten und somit einem eingeschränkten Bild vom Patienten. Das Wesen der Patienten, welches die Pflegekraft Bedürfnisse, Erleben oder auch Emotionen wahrnehmen lässt, kann nicht wahrgenommen werden und so basiert die pflegerische Behandlung auf einer unvollständigen Betrachtung des Patienten. Das Resultat hierdurch ist eine eingeschränkte Beziehung zu den zu Pflegenden, ein Verlust pflegerischer Kompetenzen, der Verlust an Qualität der Behandlung und eine Gefährdung durch unklare Informationsstrukturen. Zudem stellen sich Fragen der Gerechtigkeit und Verantwortung bei der Nutzung von E-Mental Health in der pflegerischen Versorgung. Die Face-to-Face-Behandlung, als qualitativ hochwertigere Behandlungsform, wird nur noch einer ausgesuchten Gruppe an Patienten aufgrund der Kostenoptimierung im

Gesundheitswesen zugutekommen. Dabei kann aus dialogphilosophischer Sicht der Pflegekraft keine vollumfängliche Verantwortung für die Behandlung zugesprochen werden. Patienten zeigen sich hierbei ebenfalls als nur bedingt geeignet, vollumfängliche Verantwortung für ihre Behandlung zu tragen.

Einer der genannten Vorteile von E-Mental Health ist die schnellere Verarbeitung von Daten, welche mittels Datenbanken untereinander in Beziehung gesetzt werden können. Die Analyse von Pflegeproblemen kann aufgrund der Nutzung solcher Techniken deutlich erleichtert und zu genaueren Ergebnissen in der Pflegediagnostik führen. Zudem kann die Pflegekraft mittels Monitorings zeitnah auf Veränderungen im Pflegeprozess reagieren. Sinnvoll ist dies zur Überbrückung von Zeitabständen, welche zuvor bei Face-to-Face-Kontakten bestanden. Hierdurch ist eine konsistentere und stets aktuelle Pflegeplanung möglich.

Dabei muss jedoch bedacht werden, dass die Betrachtung der Patienten nur in Teilaspekten erfüllt wird. Das Wesen der Patienten kann nicht erkannt werden, dadurch werden wichtige Wahrnehmungen in Bezug auf Bedürfnisse des Patienten nicht vollumfänglich erkannt. Die Beschränkung auf eine „Ich-Es-Beziehung“ mittels E-Mental Health führt zu einem Fehlen von Wahrnehmungen, welche nur in einer „Ich-Du-Beziehung“ erlangt werden können. Sinneseindrücke, wie Mimik, Gestik, Körperhaltung und weitere, gehen somit verloren und führen zu einem begrenzten Bild des Patienten. Zudem wird die Beziehung, als Wirkfaktor pflegerischer Arbeit, durch das Fehlen von unmittelbaren Kontakten deutlich beeinträchtig und dadurch in ihrer Wirksamkeit vermindert. Einerseits existieren Studien, welche vermuten lassen können, dass die therapeutische Beziehung und Allianz nicht unter der Anwendung von E-Mental Health leiden.[196] Gleichzeitig deuten jedoch Studien auf eine schwächere therapeutische Allianz in Online-Settings gegenüber Offline-Settings und einer Einschränkung der Beziehung hin.[197] Zudem wurde das Fehlen von Forschung bezüglich der richtigen Balance zwischen menschlicher und technischer Fürsorge angesprochen.[198] Dies zeigt die Uneinigkeit der Forschung bezüglich der Beziehungsgestaltung mittels E-Mental Health. Weitere Forschung in diesen Bereichen wäre notwendig, um potenzielle Risiken durch den Einsatz des sozio-technischen Arrangements zu verhindern. Hier stellt sich auch die Frage, inwieweit eine Veränderung des Verständnisses von Beziehung in der Pflege gesellschaftlich erwünscht ist. Eventuell haben bestimmte Personen Vorbehalte

gegenüber der Nutzung von E-Mental Health-Applikationen. So könnten zum Beispiel fehlende nonverbale Reize über Emoticons vermittelt werden, jedoch bieten diese einen großen Interpretationsspielraum. Zudem könnte sich die Versorgung von älteren oder kognitiv eingeschränkten Personen als schwierig erweisen. Diese Personengruppe ist womöglich nicht ausreichend mit den Möglichkeiten der Kommunikation über technische Mittel vertraut. Die kognitive Leistung zur Nutzung technischer Mittel, welche zunehmend komplex ist, fehlt womöglich gänzlich. Das Betrachten der Patienten in Teilaspekte könnte zudem zu einem Entfremdungsphänomen führen, wodurch die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten weiter gestört wird. Eine ganzheitliche Versorgung von Patienten mit besonderem Betreuungsbedarf wäre daher mittels E-Mental Health kaum möglich.

Eine Überbewertung von Daten aufgrund der technischen Verarbeitung von Patienteninformationen und die Determinierung der Patienten aufgrund dieser gewonnenen Daten, könnte zu weiteren moralischen Problemen führen. Das Wesen der Person, das was über einer objektiven Betrachtung des Menschen hinaus geht, würde außer Acht gelassen werden. Patienten könnten hierdurch in ihrer Wahlmöglichkeit an Pflegezielen und Pflegemaßnahmen eingeschränkt werden. Dies bedeutet eine Einschränkung ihrer Freiheit und Autonomie. Wenn Patienten nicht mehr partizipativ am Pflegeprozess teilnehmen können, sondern sich statistischen Instrumenten beugen müssen, ist es fraglich, inwieweit sie den Pflegeprozess aktiv mitgestalten.

Die Vorteile im Einsatz des sozio-technischen Systems sind nicht nur auf einen Gewinn an Flexibilität für Patienten sowohl im zeitlichen, als auch im örtlichen Sinne zu sehen. E-Mental Health bietet die Möglichkeiten, ein Monitoring über weite Distanzen durchzuführen und dadurch einer Unterversorgung in ländlichen Regionen entgegenzuwirken. Dabei sollte jedoch bedacht werden, dass E-Mental Health keinen Ersatz für Face-to-Face-Behandlungsformen darstellen kann.

Patienten mit häufig auftretenden Krisen oder kognitiver Einschränkung können durch E-Mental Health-Angebote überfordert werden, ein Verlust von Sicherheit wäre zu befürchten.[199] Zudem bedarf es bei der Nutzung von E-Mental Health-Anwendungen hoher Motivation und Eigenverantwortung seitens der Patienten. Ein verminderter Antrieb oder depressive Verstimmungen, beispielsweise, wirken sich negativ auf

Eigenverantwortung und Motivation aus. Wird sich dann nur auf E-Mental Health als mögliche Versorgungsstruktur für ländliche Regionen konzentriert, würden solche Patienten entweder eine für sie nicht geeignete Behandlungsform oder keine Behandlung erhalten. Dies würde eine Ungerechtigkeit für Patienten in abgelegenen Gebieten bedeuten. E-Mental Health zeigt sich nicht als einzige Möglichkeit zur Lösung der Unterversorgung in ländlichen Regionen. Eine Förderung der ambulanten Pflege in diesen Bereichen, wie im niederländischen „BUURTZORG“, wäre denkbar. Dabei zeigt sich „BUURTZOG“ als ein vielversprechendes Versorgungsmodell, eine Übertragung für die psychiatrische Pflege wäre denkbar.[200] Konzentriert sich die Gesundheitspolitik jedoch nur auf mögliche Ersatzformen für Face-to-Face-Kontakte, wird das Ziel der besseren Versorgung durch Minderung der Qualität verfehlt.

Der Gewinn an neuen Möglichkeiten der pflegerischen Versorgung für psychiatrische Patienten bietet eine Erweiterung an Angeboten der psychosozialen Versorgung. Hinzu kommt, dass durch die Auswahl von Online-Angeboten Patienten zunehmend die Möglichkeit haben, sich eigenständig über unterschiedliche Behandlungsformen zu informieren und diese unabhängig ihrer örtlichen und zeitlichen Bedingungen zu wählen. Dabei schaffen Chat und E-Mail neue Verbindungsmöglichkeiten zwischen Pflegekraft und Patienten.

In diesem Zusammenhang ist jedoch fraglich, inwieweit dies einen wirklichen Gewinn für Patienten darstellt. Sie könnten unter einem Überangebot leiden, zudem ist das Internet nicht nur eine Quelle für seriöse Informationen. Mangelt es den Patienten an Interpretationskompetenz aufgrund fehlender Health-Litercy und fehlender Bildung, kann dies zu schwerwiegenden Folgen führen. Sie könnten für sich ungeeignete Behandlungsformen wählen, ohne dies mit einer professionellen Pflegekraft abzusprechen. Eine Fehlentscheidung mit negativen Konsequenzen ist zu befürchten. Aber auch bei einer pflegerischen Beratung kann es zu falschen Entscheidungen kommen. Begründbar ist dies dadurch, dass der Pflegekraft wichtige Informationen vorenthalten werden. Das Internet bietet neben der Anonymität zudem die Möglichkeit, eine andere Identität anzunehmen. Martin Buber formulierte dieses Phänomen als „Schein“ und stellte fest, dass Menschen, um anderen zu gefallen, oftmals eine Ausschmückung ihres Wesens vollziehen.[201] Im Face-to-Face-Setting wird solches Verhalten erst durch subtile Wahrnehmungen bewusst, diese würde bei der

Kommunikation via Chat oder E-Mail gänzlich fehlen. Dabei könnte durch Fehlinterpretation die Gefahr entstehen, über den Patienten hinweg falsche Entscheidungen zu treffen, ohne dass dieser Einfluss darauf hat.

Ein verantwortliches Handeln zeigt sich durch E-Mental Health als eingeschränkt. Pflegekräfte können aufgrund fehlender Aspekte einer „Ich-Du-Beziehung“ die Folgen ihrer Behandlung nicht mehr vollumfänglich einschätzen. Den Patienten wird zudem möglicherweise eine Verantwortung für ihr Handeln zugesprochen, welche sie aufgrund fehlenden Wissens im Bereich der psycho-sozialen Versorgung nicht tragen können. Versorgungsstrukturen sind bereits komplex, die Erweiterung mittels E-Mental Health erhöht dabei die Komplexität. Patienten könnten aufgrund fehlender Kompetenzen ihre Handlung nicht vollumfänglich reflektieren, wodurch der Grad an Verantwortbarkeit deutlich eingeschränkt ist.

Im Rahmen der zunehmenden Kostenoptimierung des Gesundheitswesens durch die Ökonomisierung bietet E-Mental Health Chancen, Kosten einzusparen. Eine Pflegekraft könnte mehr Patienten als zuvor betreuen, knappe Ressourcen des Arbeitsmarktes können somit eingespart werden.[202] Dabei bieten auch Foren oder Gruppenchats, welche durch eine Pflegekraft betreut werden, Chancen neuer Versorgungsstrukturen. Schambesetzte Patienten könnten sich aufgrund von gewonnener Anonymität in Gruppenchats eher an einer Diskussion beteiligen.[203] Zudem könnte das stetige Vorhandensein von Ansprechpartnern eine stützende Funktion im Alltag bieten.[204]

Die Kommunikation der Interaktionspartner zeigt sich aufgrund fehlender nonverbaler Reize jedoch als erschwert.[205] Durch das Fehlen der „Ich-Du-Beziehung“ können Gruppenchats zu Missverständnissen unter den Teilnehmenden führen, ohne dass diese klar kommuniziert werden. Dadurch würden sich Störfaktoren in der Gruppendynamik etablieren, welche den Erfolg von Gruppeninterventionen negativ beeinflussen. Die gewonnene Anonymität stellt zudem kein Verhältnis zur realen Außenwelt dar. In einem Face-to-Face-Kontakt können Patienten durch das Offenbaren ihrer schambesetzten Probleme ein Erfolgserlebnis verspüren. Die Pflegekraft oder Mitpatienten können Akzeptanz vermitteln und dadurch den Scham entkräften. Lernprozesse werden durch die Wechselwirkung der „Ich-Du-Beziehung“ gefördert, die Patienten lernen durch wertschätzende und positive Reaktionen ihre schambesetzten Themen neu zu

interpretieren. Den Patienten werden bei der Anwendung von E-Mental Health wichtige Lernprozesse in der Gruppe zur Lösung sozialer Ängste und eigener Blockaden in der Entfaltung der Persönlichkeit genommen. Die Qualität der Behandlung bei mehreren Patienten gleichzeitig, über Chat oder E-Mail, kann somit als eingeschränkt gegenüber Face-to-Face-Formen angesehen werden. Verschärft wird dieser Prozess, wenn es zu Verwechslungen der Patienten kommt. Hierbei stellen sich auch Fragen der Datensicherheit, wenn eine Pflegekraft unwissentlich Informationen an den falschen Patienten zukommen lässt. Zudem kann es zur Ungerechtigkeit in der Behandlung einzelner Patienten aufgrund von Bevorzugung oder Fokussierung bestimmter Interaktionspartner gegenüber anderer kommen.

Insgesamt zeigt sich, dass aufgrund der fehlenden „Ich-Du-Beziehung“ ein gegenseitiges Wirken zwischen Patienten und Pflegekräften nicht möglich ist. Dabei wird den Patienten die Möglichkeit einer vollständigen Regenerierung ihres verkümmerten Personenzentrums und damit ihres Wesens verwehrt. Dies kann nach Martin Buber lediglich in einer Wechselseitigen „Ich-Du-Beziehung“ geschehen.[206] Gleichzeitig werden Pflegekräften die Wahrnehmungen aus einer Beziehung zum „Du“ als wichtiger Erfahrungswert genommen. Dadurch ist eine Einschränkung der Wissenserweiterung und nötiger Kompetenzentwicklungen für eine optimale pflegerische Versorgung zu befürchten.

Wird dieser Gedanke weitergeführt, ergibt sich nicht nur eine Auswirkung auf die Interaktion zwischen Pflegekraft und Patient durch die Anwendung von E-Mental Health. Auch die Fürsorge, als Kernelement pflegerischen Handelns, zeigt sich als gestört. Fürsorge als moralisches Gut ist einer der essentiellen Bestandteile pflegerischen Handelns.[207] Dabei wird diese nicht als Bevormundung, sondern als Unterstützung des Patienten verstanden. Die Autonomie soll nicht eigenschränkt, sondern ergänzt werden.[208] In der psychiatrischen Versorgung, wo Patienten beispielsweise aufgrund depressiver Symptome oder kognitiver Einschränkung, nicht die Möglichkeit haben, für ihre Bedürfnisse einzustehen, zeigt sich Fürsorge im Rahmen der Advocacy als essentieller Tätigkeitsbereich der Pflege. Hierzu bedarf es jedoch einer „Ich-Du-Beziehung“, denn nur in dieser können die Bedürfnisse des Patienten wahrgenommen werden, seine Wünsche, Vorstellungen oder auch Ängste und Sorgen bezüglich einer Behandlung werden in der Beziehung zum „Du“ erörtert. Ohne dialogische Beziehung

zum Wesen des Patienten ist die Fürsorgefähigkeit einer Pflegekraft deutlich eingeschränkt. Dies würde zugleich ein Einschränken essentieller moralischer Dimensionen pflegerischen Handelns gleichkommen. Dabei ist die Frage, ob solch eine Veränderung pflegerischen Selbstverständnisses gewollt ist. Pflegetheorien, wie nach Madeleine Leininger oder Jean Watson, stellen die Fürsorge, oder auch den Caring-Begriff, ins Zentrum pflegerischen Handelns, eine Beziehung ist dabei Grundvoraussetzung für die Erfüllung dieser Norm. Die Anwendung von E-Mental Health würde somit eine Veränderung pflegerischen Selbstverständnisses herbeiführen, welches zu einer Demoralisierung pflegerischer Handlung führen könnte. Wenn zentrale ethische Prinzipien durch die Einführung neuer Techniken eingeschränkt oder ihre Einhaltung gestört werden könnte, sollte eine Etablierung bereits im Vorfeld reflektiert werden.

### 4.2 Implementierungsfrage

Ziel einer ethischen Reflexion sollte nicht nur sein, ethische Probleme zu analysieren und diese zu diskutieren. Auch die Frage der Implementierung ist Teil der ethischen Entscheidungsfindung.[209] Daher sollen nun Überlegungen folgen, wie die aus der Bachelorarbeit gewonnenen Erkenntnisse weitergeführt werden können. Wird E-Mental Health über die Dialogphilosophie nach Martin Buber betrachtet, ist zu erkennen, dass bei Anwendung des sozio-technischen Arrangements eine Veränderung der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten stattfindet. Daraus resultieren die bereits oben diskutierten potenziellen Folgen.

Die Einschränkungen der Verantwortbarkeit der pflegerischen Handlung seitens der Pflegekraft bedarf klarer Definitionen. Hierzu ist weitere Forschung bezüglich potenzieller Vor- und Nachteile bei der Anwendung von E-Mental Health notwendig. Daraus resultierend sollten klare Vorgaben getroffen werden, welche Folgen im Verantwortungsbereich der Pflegekraft liegen und welche nicht. Weiter ist es von Bedeutung, dass die Sicherheit der Patienten nicht außer Acht gelassen wird. Hierzu müssen klare Mindestanforderungen für den Bereich E-Mental Health etabliert werden, Aspekte der pflegerischen Beratung dürfen dabei nicht unbeachtet bleiben. Die Beratung zu E-Mental Health bedarf einer Erweiterung des Fachwissens, Schulungsmaßnahmen könnten hier hilfreich sein. Rechtliche Normierung könnte weitere Abhilfe leisten und so

die Sicherheit der Patienten als schützenswertes Gut auch auf staatlicher Ebene garantieren.

Die Freiheit der Patienten oder der Pflegekraft bei der Auswahl der Versorgungsstrukturen sollte zudem keine Frage der Kosten, sondern der optimalen Versorgung sein. Hierzu bedarf es weiterer Klärung seitens der Kostenträger. Zudem ist es auch sinnvoll, in andere Bereiche der pflegerischen Versorgung psychiatrischer Patienten zu forschen. Die Konzentration auf nur ein Versorgungssystem könnte dazu führen, dass eventuell besser geeignete Mittel nicht in Betracht gezogen werden. Eine Einschränkung der Freiheit sollte zudem im Bereich der Datendeterminierung vermieden werden. Patienten sollten wesentlichen Einfluss auf den Pflegeprozess behalten, da dieser ansonsten nicht an ihre Bedürfnisse angepasst wird. Dadurch könnte die Bereitschaft zur pflegerischen Betreuung und Behandlung vermindert werden, wenn Patienten sich aufgrund der Verdinglichung missverstanden fühlen.

Dennoch wäre eine weitere pflegewissenschaftliche Forschung bezüglich E-Mental Health zu empfehlen. Das Potenzial für die pflegerische Versorgung ist groß, jedoch wird dies kaum in der Literatur wiedergespiegelt. Forschung ist zu dem im Bereich der pflegerischen Beziehung mittels E-Mental Health notwendig. Hierbei wären qualitative Forschungen zum Erleben der Beziehung zwischen Pflegekraft und Patient denkbar. Auch die Auswirkungen auf die Qualität der Pflege sollte hierbei näher beleuchtet werden. Fürsorge als wichtiges ethisches Prinzip der Pflege und Beziehung als einer der Grunddeterminanten pflegerischer Arbeit könnten bei der Anwendung von E-Mental Health eine Veränderung erleben. Aufgrund der Bedeutung dieser Aspekte pflegerischer Arbeit und der möglichen Veränderungen dieser, sind Auswirkungen auf die Leistung der pflegerischen Versorgung denkbar. Ein unreflektiertes und nicht evidenzgeleitetes Handeln könnte hier zu massiven Beeinträchtigungen der pflegerischen Versorgung führen.

### 4.3 Limitationen

Die pflegewissenschaftliche Forschung in Bezug zu E-Mental Health zeigte sich in der Literaturrecherche als gering ausgeprägt. Hierdurch musste auf Forschung aus den Bereichen der Psychologie, Psychotherapie und des E-Health zurückgegriffen werden.

Eine Übertragung auf die pflegerische Nutzung von E-Mental Health-Angeboten könnte hier zu Bias in der Interpretation der Ergebnisse führen. Das Verständnis der therapeutischen Beziehung im Rahmen der Psychotherapie könnte ein anderes sein als in der pflegepsychiatrischen Beziehung. Zudem zeigt sich, dass ethische Entscheidungsfindungsmodelle für die explizite Betrachtung von E-Mental Health-Anwendungen in der pflegerischen Versorgung fehlen. Die Versorgung psychiatrischer Patienten ist durch Besonderheiten gegenüber anderen Patientengruppen gekennzeichnet. Psychische Erkrankungen weißen in Akutphasen und chronifizierten Verlaufsformen häufig Auswirkungen auf die kognitive Leistung der Erkrankten auf, zudem beeinflussen psychische Erkrankungen die Beziehungsfähigkeit der Patienten. Hier musste auf die Expertise des Autors zurückgegriffen und eine Verbindung zu Klassifikationssystemen hergestellt werden.

## 5. Fazit

Diese Bachelorarbeit hatte eine ethische Reflexion von E-Mental Health in der pflegerischen Versorgung psychiatrischer Patienten zum Ziel. Über die Auswirkungen auf die Beziehung zwischen Pflegekraft und Patienten sollten mögliche ethische Probleme herausgearbeitet und in Anbetracht der Vorteile von E-Mental Health diskutiert werden. Die Dialogphilosophie mit der Betrachtung der „Ich-Du-“ und „Ich-Es-Beziehung“ nach Martin Buber und der pflegewissenschaftliche Hintergrund bezüglich der Beziehung als Wirkfaktor im Pflegeprozess, diente hierbei als Folie der ethischen Betrachtung.

Örtliche und zeitliche Flexibilität, Erweiterung der Versorgungsstrukturen, Verbesserung einer Versorgung in abgelegenen und strukturschwachen Regionen, konsistentere und automatisierte Behandlung des Patienten, schnellere Verarbeitung durch Zwischenschaltung von Datenbanken, zu erwartende ökonomische Einsparungen, als auch Entgegenwirkung eines Fachkräftemangels, Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten zwischen Pflegekraft und Patienten, sowie die Erweiterung des Handlungsfeldes für Pflegekräfte im psychosozialen Setting sind dabei starke Argumente für die Etablierung von E-Mental Health. Sie führen zu einer verbesserten Versorgung der Patienten und füllen bisherige Lücken im

Gesundheitssystem. Zudem weisen sie in ersten Studien eine Wirksamkeit auf und erbringen ähnliche Outcomes im Bereich niederschwelliger Angebote.

Im Gegensatz dazu sind die Auswirkungen auf die Beziehung aus dialogphilosophischer Sicht zu Hinterfragen. Die Veränderung der Kommunikationsstrukturen durch das Fehlen nonverbaler Reize, Unmittelbarkeit, dem „mitteilenden Schweigen“ und einer Realphantasie führen dazu, dass eine „Ich-Du-Beziehung“ mittels E-Mental Health nicht möglich erscheint. Die Auswirkungen auf den Wirkfaktor „Beziehung“ im pflegerischen Kontext führen dabei zu einer Verminderung der Qualität pflegerischer Leistung. Zudem wird die Autonomie des Patienten gefährdet, wenn E-Mental Health aufgrund einer Kostenoptimierung im Gesundheitswesen als Goldstandard gesetzt und dem Patienten somit die Auswahl möglicher Behandlungsformen untersagt wird. Weiter stellen sich Auswirkungen auf die pflegerischen Kompetenzen heraus. Die „Ich-Du-Beziehung“ zum Patienten liefert der Pflegekraft essentielle Wahrnehmungen, welche den Pflegeprozess bedingen. Ein Verlust dieser Wahrnehmungen stellt ein Verlust pflegerischer Aufgabenbereiche dar. Zudem könnte die Determinierung des Patienten mittels generierter Daten und die automatisierte Bedarfseinschätzung mittels Datenbanken und künstlicher Intelligenz zu einem weiteren Verlust pflegerischer Kompetenzen und einer Einschränkung der Freiheit und Autonomie des Patienten führen. Der Verlust einer Wechselwirkung und damit dem gegenseitigen Wirken zwischen Pflegekraft und Patient an ihrem jeweiligen Wesen führt zu einem Verlust des gegenseitigen Aneinanderwachsens. Dadurch wird dem Wesen des Menschen das Grundlegende Bedürfnis nach Integrität und Entwicklung genommen.

Die Einschränkung der Verantwortbarkeit pflegerischen Handelns in der Anwendung von E-Mental Health führt zudem zu Fragen der Haftung. Wer haftet, wenn Patienten Schaden durch nichtgeeignete, jedoch genutzte Interventionen erleiden? Die Folgen der E-Mental Health-Behandlung sind für die Pflegekraft nur bedingt einschätzbar. Essentielle Wahrnehmungen aus einer „Ich-Du-Beziehung“ können beim Ausbleiben eines Face-to-Face-Kontaktes nicht bezogen werden, somit ist die Einschätzbarkeit von Risiken eingeschränkt. Gleichermaßen kann den Patienten eventuell aufgrund von psychiatrischen Symptomen wie kognitiver Einschränkung, depressiver Verstimmung oder Realitätsverkennung die Verantwortung für ihr eigenes Handeln nicht vollumfänglich zugemutet werden. Daraus resultieren auch Fragen der Fürsorge für den

Patienten. Fürsorge als grundlegendes moralisches Element pflegerischen Handelns zeigt sich durch fehlende „Ich-Du-Beziehung“ als eingeschränkt umsetzbar. Ein Ausgleich von Defiziten des Patienten wäre nicht möglich, da ein unmittelbares Handeln und Wirken fehlt.

Werden herausgearbeitete Vor- und Nachteile von E-Mental Health gegenübergestellt, zeigt sich, dass die Etablierung dieses sozio-technischen Arrangements nicht unreflektiert geschehen darf. Es sind verbindliche Vorgaben für die Nutzung von E-Mental Health in der pflegerischen Versorgung notwendig, rechtliche Regularien zum Schutze der Patienten könnten weitere Abhilfe leisten. Zusätzlich sollten Patienten nicht in ihrer Auswahlmöglichkeit eingeschränkt werden. Ein Ersatz von Face-to-Face-Kontakten mittels E-Mental Health-Anwendungen wäre wenig zielführend, vielmehr sollten diese als eine Erweiterung herkömmlicher Behandlungsmethoden verstanden werden. Denkbar wäre zum Beispiel eine Nutzung zur Unterstützung nach einer bereits erfolgten Behandlung zur Festigung erreichter Ziele. Weiter ist es für die pflegerische Versorgung von Bedeutung, den Patienten nicht als Datensammlung zu betrachten. Essentielle Wahrnehmungen, welche die Qualität der Pflege ausmachen, sowie Drehmomente pflegerischen Handelns, wie beispielsweise Fürsorge und Beziehung, gehen ansonsten verloren. Der Verlust dieser Faktoren steht einer nicht zu befürwortenden Veränderung pflegerischen Selbstverständnisses und Handelns entgegen.

Diese Bachelorarbeit führt zu der Empfehlung, weitere Forschung im Bereich von E-Mental Health durchzuführen. Ziel hierbei sollte sein, potenzielle Gefahren durch die Anwendung von E-Mental Health so früh wie möglich zu erkennen und diesen entgegenzuwirken. Die Bachelorarbeit könnte hierbei als Anhaltspunkt für Forschungsfragen dienen und stellt somit eine Grundlagenarbeit dar. Zudem wäre weitere ethische Reflexion sinnvoll, da die dialogphilosophische Betrachtung nur einen Teilbereich moralischer Aspekte bei der Anwendung von E-Mental Health aufzeigen kann.

**Endnoten**

**zu 1. Einleitung**

**1.1 Hintergrund**

[1] Zur Ermöglichung einer leichteren Lesbarkeit werden in dieser Arbeit nicht explizit alle Geschlechterformen verwendet. Es wird entweder die männliche oder weibliche Form von personenbezogenen Substantiven oder Pronomina gewählt. Dies impliziert keinesfalls eine Benachteiligung des jeweils anderen Geschlechts sowie von Personen, die sich anders oder keinem Geschlecht zuordnen möchten. Alle Personen mögen sich gleichermaßen angesprochen fühlen.
[2] vgl. Jacobi u. a., „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung"; vgl. Jacobi u. a., „Erratum zu".
[3] vgl. Jacobi u. a., „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung"; vgl. Jacobi u. a., „Erratum zu".
[4] vgl. Walker, McGee, und Druss, „Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications".
[5] vgl. Mack u. a., „Self-Reported Utilization of Mental Health Services in the Adult German Population - Evidence for Unmet Needs?"
[6] vgl. „Destatis Pressemitteilung Nr. 347 vom 29. September 2017".

**1.2 Die Rolle der Pflege in der psychiatrischen Versorgung**

[7] vgl. ICN, „Nursing Definitions".
[8] vgl. Ulatowski, *Pflegeplanung in der Psychiatrie,* S. 4ff.
[9] vgl. ebd.
[10] vgl. ebd.
[11] vgl. Peplau, *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*, S. 21ff.
[12] vgl. Germany und Krauskopf, *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung, §37*.
[13] vgl. ebd.
[14] Richter und Hahn, „Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden".
[15] vgl. ebd.
[16] vgl. ebd.
[17] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.

**1.3 E-Mental Health**

[18] vgl. Nobis, Lehr, und Ebert, „E-Mental-Health - am Beispiel von internetbasierten Gesundheitsinterventionen."
[19] vgl. ebd.
[20] vgl. Zwerenz und Beutel, „Online-Interventionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen und Belastungen - Welche aktuellen Ansätze gibt es und wie wirksam sind diese".
[21] vgl. ebd.
[22] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.
[23] vgl. Tlach u. a., „Acceptance of the German E-Mental Health Portal Www.Psychenet.De".
[24] vgl. ebd.; vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.
[25] vgl. Tlach u. a., „Acceptance of the German E-Mental Health Portal Www.Psychenet.De"; vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.
[26] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.
[27] vgl. Kelders u. a., „Comparing Human and Automated Support for Depression".
[28] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*.
[29] vgl. Zwerenz und Beutel, „Online-Interventionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen und Belastungen - Welche aktuellen Ansätze gibt es und wie wirksam sind diese".
[30] vgl. van Wynsberghe und Gastmans, „Telepsychiatry and the Meaning of In-Person Contact".

**1.4 Fragestellung**

[31] vgl. Lehmeyer, „Vulnerabilität".

**zu 2. Methodik**

**2.1 Pflegewissenschaftlicher Kontext**

[32] vgl. Peplau, *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*, S. 21f.
[33] vgl. aaO., S. 47ff.

**2.2 Literaturreche**

[34] vgl. Brandenburg u. a., *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*, S. 203 ff.
[35] Bleisch und Huppenbauer, *Ethische Entscheidungsfindung*, S. 6.

**zu 3. Hauptteil**

**3.1 Kontextanalyse der Nutzung von E-Mental Health in der psychiatrischen Pflege**

**3.1.1 Analyse des Ist-Zustandes**

[36] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 4.
[37] vgl. ebd.
[38] vgl. ebd.
[39] vgl. aaO., S. 8.
[40] vgl. Marks u. a., „Pragmatic Evaluation of Computer-Aided Self-Help for Anxiety and Depression".
[41] vgl. ebd.
[42] vgl. ebd.
[43] vgl. ebd.
[44] vgl. ebd.
[45] vgl. ebd.
[46] vgl. Jenkins u. a., „Integration of Self-Management Tools in Personal and Provider e-Health Records".
[47] vgl. ebd.
[48] vgl. ebd.
[49] vgl. ebd.
[50] vgl. ebd.
[51] vgl. ebd.
[52] vgl. Lau und Loiselle, „E-health tools in oncology nursing".
[53] vgl. ebd.
[54] vgl. ebd.
[55] vgl. Grisot u. a., „Supporting Patient Self-Care".
[56] vgl. ebd.
[57] vgl. Schaeffer und Pelikan, *Health Literacy*, S. 12.
[58] vgl. Voncken-Brewster u. a., „Integrating a Tailored E-Health Self-Management Application for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients into Primary Care".
[59] vgl. ebd.
[60] vgl. ebd.
[61] vgl. ebd.
[62] vgl. ebd.
[63] vgl. Marks u. a., „Pragmatic Evaluation of Computer-Aided Self-Help for Anxiety and Depression".

**3.1.2 Rechtliche Lage, Stakeholder und Kontextsensibilität**

[64] vgl. Bleisch und Huppenbauer, *Ethische Entscheidungsfindung*, S. 21ff.
[65] vgl. aaO., S. 16.
[66] vgl. „Konzentrierte Aktion Pflege-Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 1 bis 5".
[67] vgl. aaO., S. 103.
[68] vgl. aaO., S. 110ff.
[69] vgl. aaO., S. 115f.
[70] vgl. „Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktgesetz - MPG)".

**3.1.3 Dialogphilosophie nach Martin Buber**

[71] vgl. Rabe, *Ethik in der Pflegeausbildung - Beiträge zur Theorie und Didaktik*, 1. Auflage:S. 126.
[72] vgl. aaO., S. 142ff.

[73] vgl. aaO., S. 142.
[74] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 9.
[75] vgl. aaO., S. 34.
[76] vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S 147.
[77] vgl. aaO., S. 149.
[78] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 141.
[79] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 14f.
[80] vgl. ebd.
[81] vgl. aaO., S. 10.
[82] vgl. aaO., S. 36ff.
[83] vgl. aaO., S. 34ff.; vgl. aaO., S. 43ff.
[84] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 58; vgl. Buber, *Urdistanz und Beziehung*, S. 24.
[85] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 44ff.
[86] vgl. aaO., S. 50ff.
[87] vgl. aaO., S. 50.
[88] vgl. aaO., S. 45f.
[89] vgl. aaO., S. 47.
[90] vgl. aaO., S. 52.
[91] vgl. aaO., S. 17ff.
[92] vgl. aaO., S. 18.
[93] vgl. aaO., S. 20.
[94] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 160ff.; vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 150f.
[95] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 162.
[96] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 55.
[97] vgl. aaO., S. 56.
[98] vgl. aaO., S. 42ff.
[99] vgl. aaO., S. 43ff.
[100] vgl. aaO., S. 55ff.; vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 153f.
[101] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 77ff.
[102] vgl. ebd.
[103] vgl. aaO., S. 113ff.
[104] vgl. ebd.
[105] vgl. aaO., S. 77f.
[106] vgl. Friedmann, „Die Grundlagen von Martin Bubers Ethik“.

### 3.1.4 Dialogisches Prinzip im Face-to-Face-Setting der psychiatrischen Pflege

[107] vgl. Townsend, *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege - Handbuch zur Pflegeplanerstellung*.
[108] vgl. Peplau, *Interpersonale Beziehungen in der Pflege*, S. 39.
[109] vgl. aaO., S. 42ff.
[110] vgl. Bauer, *Beziehungspflege*.
[111] vgl. Richter, Schwarze, und Hahn, „Was ist gute Psychiatrische Pflege?“
[112] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 141ff.
[113] vgl. Peplau, *Interpersonale Beziehungen in der Pflege*; vgl. Bauer, *Beziehungspflege*.
[114] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 278ff.; vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 131.
[115] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 273ff.
[116] vgl. ebd.
[117] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 129ff.
[118] vgl. aaO., S. 131.
[119] vgl. ebd.
[120] vgl. aaO., S. 132.
[121] vgl. Peplau, *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*, S. 51.
[122] vgl. Peplau, *Interpersonale Beziehungen in der Pflege*.

## 3.2 moralische Aspekte bei der Anwendung von E-Mental Health

### 3.2.1 Die Beziehung zum „Du“ mittels E-Mental Health

[123] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 71ff.
[124] vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 89ff.

[125] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 141ff.
[126] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 30ff.
[127] vgl. van Wynsberghe und Gastmans, „Telepsychiatry and the Meaning of In-Person Contact“; vgl. Hilty u. a., „Clinical and Educational Telepsychiatry Applications“; vgl. Stommel und Van der Houwen, „Counseling and new media technologies“.
[128] vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 151ff.
[129] vgl. Stommel und Van der Houwen, „Counseling and new media technologies“.
[130] vgl. ebd.
[131] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 43ff.

### 3.2.2 Verdinglichung der Interaktionspartner

[132] vgl. Buber, "Ich und Du", S. 131.
[133] vgl. aaO., S. 10ff.
[134] vgl. aaO., S. 30ff.
[135] vgl. aaO., S. 131.
[136] vgl. Jenkins u. a., „Integration of Self-Management Tools in Personal and Provider e-Health Records“.
[137] vgl. Luxton u. a., „MHealth for Mental Health“.
[138] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 66ff.
[139] vgl. aaO., S. 55f.
[140] vgl. Beier u. a., „Effiziente medizinische Forschung oder gläserner Patient?“
[141] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 16f.
[142] vgl. „ICN-Ethikkodex für Pflegende“.
[143] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 55.
[144] vgl. aaO., S. 55ff.
[145] vgl. Buber, *Urdistanz und Beziehung*, S. 33.
[146] vgl. Peplau, *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege*.
[147] vgl. Pfennig, „Pflegetherapeutische Gruppen“.
[148] vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 89ff.
[149] vgl. ebd.
[150] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 267ff.
[151] vgl. aaO., S. 288.
[152] vgl. ebd.
[153] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 50ff.
[154] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 64ff.
[155] vgl. aaO., S. 63f.
[156] vgl. aaO., S. 319.
[157] vgl. „ICN-Ethikkodex für Pflegende“.

### 3.2.3 Verlust pflegerischer Kompetenzen und Qualität der Behandlung

[158] vgl. Behrens und Langer, *Evidence-based nursing and caring*, S. 25ff.
[159] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 40ff.
[160] vgl. aaO., S. 42ff.
[161] vgl. Stalder, „3TH1CS“.
[162] vgl. Mallen u. a., „Online Counselling“.
[163] vgl. Stommel und Van der Houwen, „Counseling and new media technologies“.
[164] vgl. ebd.
[165] vgl. Luxton u. a., „MHealth for Mental Health“.
[166] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 16.
[167] vgl. Buber, *Urdistanz und Beziehung*, S. 33.
[168] vgl. Bekel u. a., *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*, S. 57f.
[169] vgl. Lau und Loiselle, „E-health tools in oncology nursing“.
[170] vgl. ebd.
[171] vgl. Saxena u. a., *Preventing suicide*.
[172] Remmers, „Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen“.

### 3.2.4 E-Mental Health im Kontext der Gerechtigkeit

[173] vgl. Blake Buffini und Gordon, „One-to-One Support for Crisis Intervention Using Online Synchronous Instant Messaging“.
[174] vgl. ebd.; vgl. Kryspin-Exner u. a., „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“.
[175] vgl. Marckmann, „Ethische Aspekte von eHealth“, S. 92.
[176] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 118.
[177] vgl. Imel u. a., „Technology-Enhanced Human Interaction in Psychotherapy.“
[178] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 319.
[179] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 10f.
[180] vgl. aaO., S. 14f.
[181] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 267ff.
[182] vgl. Buber, *Urdistanz und Beziehung*, S. 36.
[183] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 288; vgl. Lévinas, Fornet, und Gomez, „Philosophie, Gerechtigkeit und Liebe“, S. 132f.

### 3.2.5 Die Verantwortungsfrage bei der Anwendung von E-Mental Health

[184] vgl. Buber, „Zwiesprache“, S. 160.
[185] vgl. aaO., S. 160f.
[186] vgl. aaO., S. 161ff.
[187] vgl. Buber, „Die Frage an den Einzelnen“, S. 238f.
[188] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 17ff.
[189] vgl. aaO., S. 20ff.; vgl. Siegbert, *Martin Buber zur Einführung*, 1. Auflage:S. 150f.
[190] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 20f.
[191] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 14.
[192] vgl. Townsend, *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege - Handbuch zur Pflegeplanerstellung*.
[193] vgl. Rabe, *Ethik in der Pflegeausbildung - Beiträge zur Theorie und Didaktik*, 1. Auflage:S. 125ff.
[194] vgl. ebd.
[195] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 9f.; vgl. Kryspin-Exner u. a., „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“.

**zu 4. Diskussion**

### 4.1 Diskussion moralischer Aspekte

[196] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 10.
[197] vgl. Hilty u. a., „Clinical and Educational Telepsychiatry Applications“; vgl. Blake Buffini und Gordon, „One-to-One Support for Crisis Intervention Using Online Synchronous Instant Messaging“.
[198] vgl. Kryspin-Exner u. a., „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“.
[199] vgl. Kryspin-Exner u. a., „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“; vgl. van Wynsberghe und Gastmans, „Telepsychiatry and the Meaning of In-Person Contact“; vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 102; S. 125.
[200] vgl. Drennan u. a., „Tackling the Workforce Crisis in District Nursing“.
[201] vgl. Buber, „Elemente des Zwischenmenschlichen“, S. 273ff.
[202] vgl. Imel u. a., „Technology-Enhanced Human Interaction in Psychotherapy.“
[203] vgl. Kryspin-Exner u. a., „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“.
[204] vgl. Bauer und Kordy, *E-Mental-Health*, S. 63ff.
[205] vgl. aaO., S. 70.
[206] vgl. Buber, „Ich und Du“, S. 131f.
[207] vgl. Rabe, *Ethik in der Pflegeausbildung - Beiträge zur Theorie und Didaktik*, 1. Auflage:S. 134ff.
[208] vgl. aaO., S. 135ff.

### 4.2 Implementierungsfrage

[209] vgl. Bleisch und Huppenbauer, *Ethische Entscheidungsfindung*, S. 92ff.

**Literaturverzeichnis:**


- Bauer, Rüdiger. *Beziehungspflege: kongruente Beziehungsarbeit für Pflege-, Sozial- und Gesundheitsberufe: eine Geschichte kongruenter Beziehungen zwischen Menschen*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Hogrefe, 2018.
- Bauer, Stephanie, und Hans Kordy, Hrsg. *E-Mental-Health: neue Medien in der psychosozialen Versorgung ; mit 28 Tabellen*. Heidelberg: Springer, 2008.
- Behrens, Johann, und Gero Langer. *Evidence-based nursing and caring: Methoden und Ethik der Pflegepraxis und Versorgungsforschung - vertrauensbildende Entzauberung der „Wissenschaft“*. 4., überarbeitete und ergänzte Auflage. Programmbereich Pflege. Bern: Hogrefe, 2016.
- Beier, Katharina, Christoph Schickhardt, Holger Langhof, Tobin Schumacher, Eva C. Winkler, und Mark Schweda. „Effiziente medizinische Forschung oder gläserner Patient? Szenarien der Big Data Medizin – Ethische und soziale Aspekte der Datenintegration im Gesundheitswesen: Workshop, Köln, 14. September 2018“. In *Ethik in der Medizin* 31, Nr. 3 (September 2019): S. 261–266.
- Bekel, Gerd, Volker Fenchel, Jürgen Georg, Manfred Hülsken-Giesler, Reinhard Lay, Meridean Maas, Marcel Remme, und Janet Specht. *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in das wissenschaftliche Denken in der Pflege*. Herausgegeben von Hermann Brandenburg und Stephan Dorschner. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Pflegewissenschaft, Hermann Brandenburg (Hrsg.); 1. Bern: Hogrefe Verlag, 2015.
- Blake Buffini, Katrina, und Michael Gordon. „One-to-One Support for Crisis Intervention Using Online Synchronous Instant Messaging: Evaluating Working Alliance and Client Satisfaction“. In *British Journal of Guidance & Counselling* 43, Nr. 1 (Januar 2015): S. 105–116.
- Bleisch, Barbara, und Markus Huppenbauer. *Ethische Entscheidungsfindung: ein Handbuch für die Praxis*. 2. Auflage. Zürich: Versus Verlag AG, 2014.
- Brandenburg, Hermann, Eva-Maria Panfil, Herbert Mayer, Alexandra Manzei, Martin W. Schnell, Wilfried Schnepp, Maya Shaha, und Michael Simon. *Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Pflegewissenschaft, Hermann Brandenburg; 2. Bern: Verlag Hans Huber, 2013.
- Buber, Martin, Hrsg. „Die Frage an den Einzelnen“. In *Das dialogische Prinzip*, 13. Aufl., Gütersloh: Gütersloher Verl.- Haus, 2014: S. 197–263.
- Buber, Martin, Hrsg. „Elemente des Zwischenmenschlichen“. In *Das dialogische Prinzip*, 13. Aufl., Gütersloh: Gütersloher Verl.- Haus, 2014: S. 267–292.
- Buber, Martin, Hrsg. „Ich und Du“. In *Das dialogische Prinzip*, 13. Aufl., Gütersloh: Gütersloher Verl.- Haus, 2014: S. 9–135.
- Buber, Martin, Hrsg. *Urdistanz und Beziehung*. 2. Auflage. Heidelberg: Schneider, 1960.
- Buber, Martin, Hrsg. „Zwiesprache“. In *Das dialogische Prinzip*, 13. Aufl., Gütersloh: Gütersloher Verl.- Haus, 2014: S. 139–194.
- „Destatis Pressemitteilung Nr. 347 vom 29. September 2017“. Zugegriffen 13. Juni 2019. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2017/09/PD17_347_236.

html.
- Drennan, Vari M, Melania Calestani, Fiona Ross, Mary Saunders, und Peter West. „Tackling the Workforce Crisis in District Nursing: Can the Dutch Buurtzorg Model Offer a Solution and a Better Patient Experience? A Mixed Methods Case Study“. In *BMJ Open* 8, Nr. 6 (Juni 2018), open access.
- Friedmann, Maurice. „Die Grundlagen von Martin Bubers Ethik“. In *Martin Buber*, herausgegeben von Paul Arthur Schilpp und Maurice Friedmann, S. 153–179. Philosophen des 20. Jahrhunderts. W. Kohlhammer Verlag, 1963.
- Germany, und Dieter Krauskopf, Hrsg. *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung: mit Gesundheits-Reformgesetz (Auszug) Sozialgesetzbuch (SGB I), Allgemeiner Teil Sozialgesetzbuch (SGB IV), Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung: Textausgabe mit ausführlichem Sachregister und einer Einführung*. 19. Aufl., Stand, 2016. Beck-Texte im dtv. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, 2018.
- „Gesetz über Medizinprodukte (Medizinproduktgesetz - MPG)“. Zugegriffen 24. November 2019. https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/MPG.pdf.
- Grisot, Miria, Alexander Moltubakk Kempton, Laila Hagen, und Margunn Aanestad. „Supporting Patient Self-Care: Examining Nurses’ Practices in a Remote Care Setting.“. In *Studies in Health Technology and Informatics* 247 (2018): S. 601–605.
- Hilty, Donald M, Shayna L Marks, Doug Urness, Peter M Yellowlees, und Thomas S Nesbitt. „Clinical and Educational Telepsychiatry Applications: A Review“. In *The Canadian Journal of Psychiatry* 49, Nr. 1 (Januar 2004): S. 12–23.
- ICN. „Nursing Definitions“. Zugegriffen 9. Januar 2019. https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions.
- „ICN-Ethikkodex für Pflegende“. International Council of Nurses, 2006.
- Imel, Zac E., Derek D. Caperton, Michael Tanana, und David C. Atkins. „Technology-Enhanced Human Interaction in Psychotherapy.“. In *Journal of Counseling Psychology* 64, Nr. 4 (Juli 2017): S. 385–393.
- Jacobi, F., M. Höfler, J. Strehle, S. Mack, A. Gerschler, L. Scholl, M.A. Busch, u. a. „Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul ‚Psychische Gesundheit‘ (DEGS1-MH)“. In *Der Nervenarzt* 87, Nr. 1 (Januar 2016): S. 88–90.
- Jacobi, F., M. Höfler, J. Strehle, S. Mack, A. Gerschler, L. Scholl, M.A. Busch, u. a. „Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)“. In *Der Nervenarzt* 85, Nr. 1 (Januar 2014): S. 77–87.
- Jenkins, Melinda, Joslyn Levy, Ellen Cohen, Sunmoo Yoon, Jesse Singer, und Farzad Mostashari. „Integration of Self-Management Tools in Personal and Provider e-Health Records“. In *Studies in Health Technology and Informatics* 146 (2009): S. 179–184.
- Kelders, Saskia M., Ernst T. Bohlmeijer, Wendy T.M. Pots, und Julia E.W.C. van Gemert-Pijnen. „Comparing Human and Automated Support for Depression: Fractional Factorial Randomized Controlled Trial“. In *Behaviour Research and Therapy* 72 (September 2015): S. 72–80.
- „Konzentrierte Aktion Pflege-Vereinbarungen der Arbeitsgruppe 1 bis 5“. Bundesministerium für Gesundheit, Juni 2019.

- Kryspin-Exner, Ilse, Claudia Oppenauer, Barbara Preschl, und Andreas Maercker. „E-Mental Health und klinisch-therapeutische Intervention für Ältere“. In *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin* 30(3) (2009): S. 311–323.
- Lau, Garnet J., und Carmen G. Loiselle. „E-health tools in oncology nursing: Perceptions of nurses and contributions to patient care and advanced practice“. In *Canadian Oncology Nursing Journal* 28, Nr. 2 (9. April 2018): S. 118–124.
- Lehmeyer, Sonja. „Vulnerabilität“. In *Ethische Reflexion in der Pflege: Konzepte - Werte - Phänomene*, herausgegeben von Annette Riedel und Anne-Christin Linde, Berlin: Springer, 2018: S. 75–87.
- Lévinas, Emmanuel, R. Fornet, und A. Gomez. „Philosophie, Gerechtigkeit und Liebe“. In *Zwischen uns - Versuche über das Denken an den Anderen*, herausgegeben von Michael Krüger, Nachdruck., Edition Akzente. München: Hanser, 2008: S. 133–153.
- Luxton, David D., Russell A. McCann, Nigel E. Bush, Matthew C. Mishkind, und Greg M. Reger. „MHealth for Mental Health: Integrating Smartphone Technology in Behavioral Healthcare.“ In *Professional Psychology: Research and Practice* 42, Nr. 6 (Dezember 2011): S. 505–512.
- Mack, Simon, Frank Jacobi, Anja Gerschler, Jens Strehle, Michael Höfler, Markus A. Busch, Ulrike E. Maske, u. a. „Self-Reported Utilization of Mental Health Services in the Adult German Population - Evidence for Unmet Needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH): Utilization of Mental Health Services in Germany“. In *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23, Nr. 3 (September 2014): S. 289–303.
- Mallen, Michael J., Indria M. Jenkins, David L. Vogel, und Susan X. Day. „Online Counselling: An Initial Examination of the Process in a Synchronous Chat Environment“. In *Counselling and Psychotherapy Research* 11, Nr. 3 (September 2011): S. 220–227.
- Marckmann, Georg. „Ethische Aspekte von eHealth“. In *eHealth in Deutschland: Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen*, herausgegeben von Florian Fischer und Alexander Krämer, 1. Auflage., Berlin Heidelberg: Springer-Verlag, 2016: S. 83–99.
- Marks, Isaac M., David Mataix-Cols, Mark Kenwright, Rachel Cameron, Steven Hirsch, und Lina Gega. „Pragmatic Evaluation of Computer-Aided Self-Help for Anxiety and Depression“. In *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 183 (Juli 2003): S. 57–65.
- Nobis, S, D Lehr, und DD Ebert. „E-Mental-Health - am Beispiel von internetbasierten Gesundheitsinterventionen.“ In *E-Health.Ökonomie*, herausgegeben von Stefan Müller-Mielitz und Thomas Lux, Müller-Mielitz S, Lux T, 2017: S. 723–737.
- Peplau, Hildegard E. *Interpersonale Beziehungen in der Pflege: ein konzeptueller Bezugsrahmen für eine psychodynamische Pflege*. Basel: Recom-Verl, 1995.
- Peplau, Hildegard E. *Zwischenmenschliche Beziehungen in der Pflege: ausgewählte Werke*. Hans Huber Programmbereich Pflege. Bern: Huber, 1997.
- Pfennig, Ralf. „Pflegetherapeutische Gruppen“. In *Psych. Pflege Heute* 22, Nr. 02 (22. März 2016): S. 66–74.
- Rabe, Marianne. *Ethik in der Pflegeausbildung - Beiträge zur Theorie und Didaktik*. Bd. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2009.
- Remmers, Hartmut. „Pflege und Technik. Stand der Diskussion und zentrale ethische Fragen“. In *Ethik in der Medizin* 31, Nr. 4 (Dezember 2019): S. 407–

430.
- Richter, Dirk, und Sabine Hahn. „Formelles und informelles Aufgabenprofil in der ambulanten psychiatrischen Pflege aus Sicht von Pflegenden: Eine Meta-Synthese“. In *Pflege* 22, Nr. 2 (April 2009): S. 129–142.
- Richter, Dirk, Thomas Schwarze, und Sabine Hahn. „Was ist gute Psychiatrische Pflege?“ In *Psych. Pflege Heute* 20, Nr. 03 (21. Mai 2014): S. 125–131.
- Saxena, Shekhar, Etienne G. Krug, Oleg Chestnov, und World Health Organization, Hrsg. *Preventing suicide: a global imperative*. Geneva: World Health Organization, 2014.
- Schaeffer, Doris, und Jürgen M. Pelikan, Hrsg. *Health Literacy: Forschungsstand und Perspektiven*. 1. Auflage. Bern: Hogrefe, 2017.
- Siegbert, Wolf. *Martin Buber zur Einführung*. Bd. 1. Auflage. Junius Verlag GmbH, 1992.
- Stalder, Felix. „Algorithmen, die wir brauchen - Überlegungen zu neuen technopolitischen Bedingungen der Kooperation und des Kollektiven“. In *3TH1CS: die Ethik der digitalen Zeit*, herausgegeben von Philipp Otto und Eike Gräf, Sonderausgabe für die Bundeszentrale für Politische Bildung., Schriftenreihe / Bundeszentrale für Politische Bildung, Band 10181. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, BpB, 2018: S. 44–55.
- Stommel, Wyke, und Fleur Van der Houwen. „Counseling and new media technologies: A comparison of problem presentations in e-mail and in chat“. In *Communication & Medicine* 12, Nr. 2–3 (9. September 2016): S. 243–256.
- Tlach, Lisa, Juliane Thiel, Martin Härter, Sarah Liebherz, und Jörg Dirmaier. „Acceptance of the German E-Mental Health Portal Www.Psychenet.de: An Online Survey“. In *PeerJ* 4 (19. Juli 2016): open access.
- Townsend, Mary C. *Pflegediagnosen und Pflegemaßnahmen für die psychiatrische Pflege - Handbuch zur Pflegeplanerstellung*. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Bern: Verlag Hans Huber, 2012.
- Ulatowski, Heike. *Pflegeplanung in der Psychiatrie: eine Praxisanleitung mit Formulierungshilfen*. Berlin Heidelberg: Springer, 2016.
- Voncken-Brewster, Viola, Huibert Tange, Albine Moser, Zsolt Nagykaldi, Hein de Vries, und Trudy van der Weijden. „Integrating a Tailored E-Health Self-Management Application for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients into Primary Care: A Pilot Study“. In *BMC Family Practice* 15, Nr. 1 (Dezember 2014): open access.
- Walker, Elizabeth Reisinger, Robin E. McGee, und Benjamin G. Druss. „Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-Analysis“. In *JAMA Psychiatry* 72, Nr. 4 (1. April 2015): open access.
- Wynsberghe, Aimee van, und Chris Gastmans. „Telepsychiatry and the Meaning of In-Person Contact: A Preliminary Ethical Appraisal“. In *Medicine, Health Care and Philosophy* 12, Nr. 4 (November 2009): S. 469–476.
- Zwerenz, R., und M.E. Beutel. „Online-Interventionen zur Behandlung psychischer Erkrankungen und Belastungen - Welche aktuellen Ansätze gibt es und wie wirksam sind diese“. In *ASU Arbeitsmed Sozialmed Umweltmed* 52 (Juni 2017): S. 452–460.

**Erklärung**

1. Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, nicht anderweitig für Prüfungszwecke vorgelegt habe und sie an keiner anderen Stelle veröffentlicht wurde.

2. Ich versichere, keine weiteren Hilfsmittel außer den angeführten verwendet zu haben.

3. Soweit ich Inhalte aus Werken anderer AutorInnen dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen habe, sind diese unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht. Dies bezieht sich auch auf Tabellen und Abbildungen.

4. Die gesetzlichen Vorschriften zum Datenschutz und zum Schutz der Urheberrechte wurden beachtet, dies gilt auch für Bilder, Grafiken, Kopien oder Ähnliches.

5. Im Falle empirischer Erhebungen: Für die Veröffentlichung von Daten, Fakten und Zahlen aus Ein-richtungen oder über Personen, auch in Interviews, die nicht öffentlich zugänglich sind, liegt mir eine Einverständniserklärung vor. Die Rechteinhaber/innen haben der Verwertung der Daten im Rahmen der BA-Arbeit schriftlich zugestimmt.

6. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in die Bibliothek der Evangelischen Hochschule aufgenommen wird.

7. Ich bin damit einverstanden, dass meine Abschlussarbeit in digitaler Form öffentlich zugänglich gemacht wird.

Nürnberg, den.....

Unterschrift des Verfassers