

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

ISSN 2190-443X

10. Jahrgang

Heft 3•2021



Michael Klein, Hendryk von Reichenberg

Das Ende der Gender-Sprache

Genderismus, Sprachkrampf,
Tiefenpsychologie

Gender-Sprache erzeugt starke emotionale Reaktionen bei Menschen. Die Mehrheit der Bevölkerung lehnt die genderpolitisch motivierten Veränderungen an ihrer Sprache ab. Es handelt sich somit um einen Angriff auf ihre Identität. In keinem Land der Welt wird der Konflikt um die feministischen und genderistischen Forderungen an Sprache so heftig geführt wie in Deutschland. Der vorliegende Band zeigt aus philosophischer, linguistischer, soziologischer und psychologischer (also interdisziplinärer) Sicht auf, dass die inzwischen erreichten Formen der Gender-Sprache – mit Sternen, Tiefstrichen, Binnen-I und allerlei anderen Zeichen mitten in Wörtern – der Höhe- und zugleich Endpunkt einer überbordenden und hypermoralischen Kampagne sind.

Gender-Sprache liefert nur vordergründig mehr Gerechtigkeit und Inklusion. In Wirklichkeit erzeugt sie das Gegenteil. Das Buch der beiden fachkundigen Autoren gliedert sich in fünf Kapitel: (a) persönliche Erfahrungen und Fallbeispiele zur Auseinandersetzung mit Gender-Sprache, (b) Glossen zur Verdeutlichung der Verunglimpfung der tradierten Sprache durch Gender-Sprache, (c) Alternativen zum Gender-Stern und ähnlichen Zeichen, (d) linguistische und philosophische Anmer-



kungen zur Gender-Sprache und ihrer Überwindung sowie (e) psychologische und soziologische Analysen zum Hintergrund der Gender-Sprache. Gender-Sprache erweist sich als elitäres und totalitäres Top-Down-Projekt zur Veränderung des Sprechens und in der Folge des Denkens der Bevölkerung, die mehrheitlich dagegen votiert. 40 Jahre genderfeministisches und männerfeindliches Sprachdiktat finden im Hypergendern und Zergendern ihr Ende. Denn Gender-Sprache kann keinen Beitrag zum gesellschaftlichen Frieden liefern und ist durch einen ergebnisoffenen, freien, undogmatischen und den Menschen wieder als Ganzes in den Blick nehmenden Diskurs zu überwinden.

322 Seiten, Paperback
ISBN 978-3-95853-545-9

30,00 €

eBook:
ISBN 978-3-95853-546-6

15,00 €

Alle Preise inkl. MwSt.



PABST SCIENCE PUBLISHERS
Eichengrund 28
D-49525 Lengerich/Westfalen

☎ +49 (0) 5484 308 | 📠 +49 (0) 5484 550
✉ pabst@pabst-publishers.com
🌐 www.pabst-publishers.com

Impressum

rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

Wissenschaftliche Herausgeber

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl · alfred.uhl@goeg.at

Univ.-Lektor Dr. Wolfgang Beiglböck

wolfgang.beiglboeck@meduniwien.ac.at

Dr. Artur Schroers

dr.artur.schroers@stadt.mainz.de

Wissenschaftlicher Consultant

Dr. Martin Tauss · mtauss@kabelplus.at

Herausgebende Institution

Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien,
Fakultät für Psychotherapiewissenschaft

Chefredakteur

Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

m.poltrum@philosophiepraxis.com

Redakteure

Dr. Thomas Ballhausen · t.ballhausen@gmail.com

Mag. Irene Schmutterer · irene.schmutterer@goeg.at

Bildredaktion

Sonja Bachmayer · ikarus711@hotmail.com

Verlag

PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 · D-49525 Lengerich

Tel. +49 (0)5484 308 · Fax +49 (0)5484 550

pabst@pabst-publishers.com

www.pabst-publishers.com

www.psychologie-aktuell.com

Nachrichtenredaktion, verantw.

Wolfgang Pabst · wp@pabst-publishers.com

Administration

Silke Haarlammert · haarlammert@pabst-publishers.com

Herstellung

Bernhard Mündel · muendel@pabst-publishers.com

Urheber- und Verlagsrechte

Diese Zeitschrift einschließlich aller ihrer Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Haftungsausschluss: Der Inhalt jedes Heftes wurde sorgfältig erarbeitet, jedoch sind Fehler nicht vollständig auszuschließen. Aus diesem Grund übernehmen Autoren, Redaktion und Verlag keine Haftung für die Richtigkeit der Angaben, Hinweise und Ratschläge. Die nicht besonders gekennzeichnete Nennung von geschützten Warenzeichen oder Bezeichnungen lässt nicht den Schluss zu, dass diese nicht marken- oder patenschutzrechtlichen Bestimmungen unterliegen. Abbildungen dienen der Illustration. Die dargestellten Personen, Gegenstände oder Sachverhalte müssen nicht unbedingt im Zusammenhang mit dem im jeweiligen Artikel erwähnten stehen.

Für unverlangt eingesandte Texte, Materialien und Fotos wird keine Haftung übernommen. Eine Rücksendung unverlangt eingesandter Beiträge erfolgt nur bei Erstattung der Versandkosten. Die Redaktion behält sich vor, Manuskripte zu bearbeiten, insbesondere zu kürzen, und nach eigenem Ermessen zu ergänzen, zu verändern und zu illustrieren. Zur Rezension übersandte Medien werden nicht zurückgesandt.

Abonnement und Bestellservice

rausch erscheint 4x jährlich und kann direkt über den Verlag oder eine Buchhandlung bezogen werden.

Bezugspreise:

Jahresabonnement: Inland 50,- Euro,

Ausland 50,- Euro; Einzelausgabe: 15,- Euro.

Preise inkl. Versandkosten und MwSt.

Bankverbindung:

IBAN: DE90 2658 0070 0709 7724 07

BIC: DRESDEFF265

Bestellservice:

haarlammert@pabst-publishers.com

Tel. +49 (0)5484 97234 · Fax +49 (0)5484 550

Bezugsbedingungen: Soweit im Abonnementvertrag nichts anderes vereinbart wurde, verpflichtet der Bezug zur Abnahme eines vollständigen Jahresabonnements (4 Ausgaben). Kündigung des Abonnements unter Einhaltung einer Frist von 30 Tagen jeweils zum Jahresende. Im Falle von Lieferhindernissen durch höhere Gewalt oder Streiks entstehen keine Rechtsansprüche des Abonnenten an den Verlag.

Umschlagbild: © Moritz Bachmayer

Druck: booksfactory.de

ISSN 2190-443X

rausch

Wiener Zeitschrift für Suchttherapie

10. Jahrgang · Heft 3-2021

Themenschwerpunkt:

Digitalisierung und Sucht

Inhalt

- 3 Editorial
Alfred Uhl
- 5 Aus der Ferne in Kontakt bleiben:
Telehealth-Interventionen und ihre Bedeutung für die Suchthilfe
während der Corona-Pandemie
Julian Strizek, Angelina Brotherhood & Alexandra Puhm
- 13 Psychotherapie via Telefonie und Videotelefonie in Zeiten
der coronabedingten Digitalisierung.
Zusammenfassung der wichtigsten Studienergebnisse zur Erhebung
des Potenzials von E-Psychotherapie in Österreich
Martin Poltrum, Alfred Uhl & Hannah Poltrum
- 22 Grundfragen zur Evaluation von digitalen Health-Tools
Felix Tretter
- 29 Erreichbarkeit Jugendlicher in Berufsschulklassen
für ein mHealth-Programm zur Suchtprävention
Raquel Paz Castro, Severin Haug & Andreas Wenger
- 41 Internetbasierte Suchtberatung –
Irrweg oder Methode der Zukunft?
Michael P. Schaub
- 48 Der Therapeut in der Hosentasche –
Smartphone-Applikationen als (Co-)Therapeuten?
Oliver Scheibenbogen
- 58 Rezension
Selbstmedikation, Regression, Progression.
Assoziative Anmerkungen zu Thomas Vinterbergs Film *Der Rausch*
Maximilian Römer
- 65 Bildstrecke: DER RAUSCH
- 70 Wir sind alle süchtig. Anmerkungen zur Internetsucht
Robert Feustel
- 77 „Beängstigend, wie heute Sucht designt wird“
Martin Tauss im Gespräch mit Bruce K. Alexander
- 82 Dionysos – mehr als Wein und Rausch!
Michael Klein
- 102 Maßnahmenplan für eine nachhaltige Reduktion drogenbedingter
Todesfälle in Deutschland
Heino Stöver & Dirk Schäffer

Nachricht

- 2 Alkohol trinken, um gesund zu bleiben?

Alkohol trinken, um gesund zu bleiben?

Greifswalder Studie widerlegt jahrzehntelange Annahme

Es war eine paradoxe Studienlage, dass Menschen, die gar keinen Alkohol trinken, eine kürzere Lebenserwartung haben. Die soeben in der renommierten Fachzeitschrift PLOS Medicine erschienene Greifswalder Studie konnte nun zeigen, dass die kürzere Lebenserwartung alkoholabstinent lebender Menschen auf Faktoren wie frühere Alkohol- oder Drogenprobleme, tägliches Tabakrauchen und eine schlechtere selbst eingeschätzte Gesundheit zurückzuführen ist.

„Bisherige Studien legten nahe, dass Menschen, die geringfügige bis moderate Mengen trinken, länger leben. Dies führte lange zur Schlussfolgerung, mäßiger Alkoholkonsum könne gesundheitsfördernde Effekte haben, insbesondere in Bezug auf das Herzkreislauf-System. Dies konnten wir nun klar widerlegen“, sagt der Leiter der Studien, Professor Ulrich John, aus der Abteilung für Präventionsforschung und Sozialmedizin am Institut für Community Medicine der Universitätsmedizin Greifswald.

In einer eigenen Studie haben die Forscher*innen um Ulrich John bereits in den Jahren 1996 und 1997 in Schleswig-Holstein eine Zufallsstichprobe von 4028 Erwachsenen im Alter zwischen 18 und 64 Jahren sehr sorgfältig befragt. Dank eines international standardisierten Interviews konnte sogar die An- oder Abwesenheit einzelner psychiatrischer Erkrankungen festgestellt werden. Ebenso wurden frühere Alkohol- und Drogenkrankungen sowie der Konsum von Alkohol und Nikotin erfasst. Durch eine Förderung der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) konnte nun, rund 20 Jahre später, untersucht werden, welche damaligen Studienteilnehmer*innen wann gestorben sind.

Rund jede zehnte Person (11 %, 447 Personen) dieser befragten Zufallsstichprobe hatte in den letzten zwölf Monaten vor der Befragung keinen Alkohol getrunken. Die große Mehrheit dieser Personen waren frühere Alkoholkonsumenten (91 %, 405 Personen). Zu-

dem hatten fast drei Viertel von ihnen (72 %, 322 Personen) mindestens einen Risikofaktor für eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit. Zu diesen Risikofaktoren zählten eine frühere Alkohol- oder Drogenabhängigkeit oder erhöhter Alkoholkonsum (35 %), tägliches Tabakrauchen (50 %) sowie eine nach eigener Einschätzung mäßige oder schlechte Gesundheit (11 %). Ohne Risikofaktoren waren 125 alkoholabstinente Personen.

„Überraschend war für uns der Befund, dass alkoholabstinente Personen ohne Risikofaktoren sich in ihrer Sterbewahrscheinlichkeit nicht von Menschen mit geringem bis moderatem Alkoholkonsum unterscheiden“, sagt Ulrich John und ergänzt: „Lange Zeit wurde angenommen, dass geringer bis moderater Alkoholkonsum günstige Wirkungen auf die Gesundheit haben kann. Wir fanden nun jedoch, dass die meisten alkoholabstinent lebenden Personen unserer Studie zuvor Alkohol- oder Drogenprobleme, hohen Alkohol- oder täglichen Nikotinkonsum hatten oder ihre Gesundheit als mäßig bis schlecht bewerteten – alles Faktoren, die bekannt dafür sind, dass sie vorzeitigen Tod vorhersagen.“

„Die Ergebnisse stützen die Einschätzung, dass Menschen, die gerade alkoholabstinent leben, nicht zwangsläufig eine kürzere Lebenszeit haben als diejenigen, die moderat Alkohol konsumieren. Die Ergebnisse widersprechen damit der Empfehlung, aus gesundheitlichen Gründen Alkohol zu trinken“, resümiert Ulrich John. 

Editorial

Alfred Uhl

Die dritte Ausgabe der Zeitschrift **rausch** des Jahres 2021 beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit dem Thema „Digitalisierung und Sucht“ („eHealth“, „Telehealth“ etc.), also mit elektronischen Angeboten zu Prävention, Beratung und Therapie in Verbindung mit Computern, Tablets und Smartphones. Damit steht ein Thema im Fokus, das im Zuge der COVID-19-Pandemie in allen Bereichen an Bedeutung gewonnen hat. Dabei werden die Möglichkeiten und Grenzen von eHealth-Angeboten ganz allgemein erörtert, es wird über Erfahrungen mit diesen Angeboten im Zuge der pandemiebedingten Lockdowns berichtet und es werden Apps vorgestellt, die im Zusammenhang mit Suchtprävention und Suchtbehandlung zum Einsatz kommen. Unabhängig vom Thema E-Health wird auch die Frage behandelt, wie weit die Diagnose „Internetsuchtstörung“ (Internet Addiction Disorder) berechtigt ist und wie weit das vorherrschende Verständnis von „Sucht“ in diesem Zusammenhang hilfreich ist. Neben dem Themenschwerpunkt „Digitalisierung und Sucht“ wird der antike Dionysoskult als Bedrohung der historischen Herrschaftsverhältnisse analysiert und der 2020 erschienene und 2021 in den Kinos zu sehende Film *Der Rausch* von Thomas Vinterbergs rezensiert und im Rahmen einer Bildstrecke illustriert – ein Film, der den Oscar für den besten internationalen Film gewonnen hat, und für alle, die sich mit Suchtphänomenen beschäftigen, sicherlich von großem Interesse ist.

Im ersten Beitrag setzen sich *Julian Strizek*, *Angelina Brotherhood* und *Alexandra Puhm* zunächst literaturgestützt theoretisch mit den Möglichkeiten und Grenzen des Einsatzes von E-Health-Angeboten im Suchtbereich auseinander und berichten über Erfahrungen von SuchtexpertInnen, mit denen ausführliche Interviews durchgeführt wurden, darüber wie sich der erste COVID-19 bedingte Lockdown auf das österreichische Suchthilfesystem ausgewirkt hat und welchen Stellenwert die Befragten nunmehr der telefonischen bzw. videotelefo-

nischen Beratung und Behandlung im Feld der Suchtprävention, -beratung und -behandlung zuweisen.

Inhaltlich ähnlich ist der zweite Beitrag von *Martin Poltrum*, *Alfred Uhl* und *Hannah Poltrum*, die mittels Onlinebefragung 717 österreichische PsychotherapeutInnen zu deren Erfahrungen und Einstellungen in Bezug auf den Corona-bedingten Umstieg der Psychotherapie hin zu telefonischen und videotelefonischen Interventionen befragten. Die Möglichkeit, Psychotherapie ohne direkten Face-to-Face-Kontakt legitim durchführen zu dürfen, war in Österreich erst ab Mitte März 2020 im Zuge des ersten Lockdowns geschaffen worden und die Haltung der PsychotherapeutInnen hat sich durch die erstmals gemachten Erfahrungen mit diesen neuen Interventionen ganz grundlegend geändert.

Etwas anders ist die Zielsetzung des dritten Beitrags von *Felix Tretter*. Dieser setzt sich ganz allgemein mit den Möglichkeiten und Grenzen von E-Health-Angeboten in der Medizin auseinander und fordert für diesen Bereich verstärkt wissenschaftlich fundierte Qualitätssicherungsmaßnahmen. Der Autor sieht die Gefahr, dass es in diesem Bereich zu einem Wildwuchs an Angeboten kommen könnte, die breit eingesetzt werden, deren Qualität aber weder untersucht noch gewährleistet ist.

Der erste Beitrag der vorliegenden Ausgabe, der sich mit konkreten Apps für den Einsatz im Suchtbereich auseinandersetzt – der vierte Beitrag des Heftes – stammt von *Raquel Paz Castro*, *Severin Haug* und *Andreas Wenger*. Die Autoren beschreiben das App-basierte Suchtpräventionsprogramm „ready4life“, das nun schon seit einiger Zeit in der Suchtprävention mit Jugendlichen angewandt wird und darauf abzielt, Teilnehmende zu einem sensiblen Umgang mit unterschiedlichen Suchtmitteln zu befähigen und zu motivieren. In diesem Aufsatz werden erste Ergebnisse einer Evaluation zur Teilnahmebereitschaft von Jugendlichen vorgestellt.

Im zweiten Beitrag über konkrete Apps – dem fünften Beitrag des Heftes – setzt sich *Mi-*

chael Schaub, unter dem Titel „Internetbasierte Suchtberatung – Irrweg oder Methode der Zukunft?“ mit Internet- und Mobile-Interventionen (IMI) auseinander. Er unterscheidet dabei zwischen vier Arten von Angeboten, die nicht Face-to-Face stattfinden. Es gibt Interventionen, die ausschließlich über den direkten Kontakt zwischen der Klientel und Suchtfachpersonen stattfinden (Telemedizin), Angebote, bei denen der Kontakt mit der Suchtfachperson zwar im Zentrum steht, aber elektronische Hilfsmittel verwendet werden (Blended Suchttherapie), solche, bei denen ein Großteil der Aktivitäten ohne Beteiligung von Suchtfachpersonen stattfindet, aber diese phasenweise über Chats eingebunden werden (Guided Selbsthilfe), und Angebote, die völlig ohne Beteiligung von Suchtfachpersonen (Online-Selbsthilfe) auskommen.

Im dritten Beitrag über konkrete Apps – dem sechsten Beitrag des Heftes – geht *Oliver Scheibenbogen* auf die von ihm mitentwickelte Smartphone-Applikation MATTT (Mobile Aided Treatment, Therapy and Training) ein, eine Smartphone-Applikation, die SuchttherapeutInnen bei ihrer Tätigkeit unterstützt. Diesem Programm kommt die Funktion eines Co-Therapeuten zu.

Ob sogar Alkohol als Co-Therapeut oder Coach fungieren kann, ist eine Frage, der Thomas Vinterbergs in seinem Film *Der Rausch* (Dänemark, Schweden, Niederlande 2020) nachgeht. Diesem sehr sehenswerten Streifen, der nach zahlreichen Auszeichnungen 2021 den Oscar für den besten internationalen Film erhielt und aufgrund der Corona-Pandemie erst heuer in den deutschsprachigen Kinos zu sehen war, widmet sich *Maximilian Römer* in seiner Filmrezension – Beitrag sieben – und unsere Farbbildstrecke (Beitrag acht). Herzlichen Dank an dieser Stelle an Herbert Klemens vom Film-Bild-Fundus für die freundliche Unterstützung und das Zurverfügungstellen der Bilder.

Bei den noch folgenden Abhandlungen geht es nicht mehr um eHealth-Angebote, sondern um Texte, die sich allgemein mit Suchtphänomenen beschäftigen.

Robert Feustel setzt sich im neunten Beitrag des Heftes kritisch mit dem Konzept der Internet Addiction Disorder (IAD) auseinander. Er erinnert daran, dass die Idee der Internetsucht ursprünglich als Witz formuliert worden war, und vertritt die These, dass man dieses Konzept auch weiterhin als Witz und nicht als sinnhafte Diagnose interpretieren sollte.

Im zehnten Beitrag des Heftes interviewt *Martin Tauss* den emeritierten Psychologieprofessor *Bruce Alexander*, den Verfasser des bekannten Buches „*The Globalization of Addiction*“

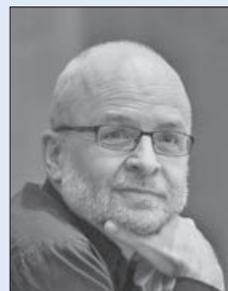
(2009), der sich mit dem derzeit vorherrschenden Verständnis von „Sucht“ auseinandersetzt und argumentiert, dass man Suchtprobleme nur im Rahmen einer gesellschaftlichen Transformation erfolgreich bekämpfen könne. Er fordert einen Paradigmenwechsel, der Suchtbekämpfung als soziales und politisches Projekt begreift.

Michael Klein setzt sich im letzten Beitrag des Heftes mit dem antiken Dionysoskult auseinander und erörtert, dass dieser Kult teilweise von den Mächtigen der Antike als massive Bedrohung erlebt und konsequent bekämpft wurde. Es entstand der Eindruck, dass der Dionysoskult Menschen befähigt und motiviert, sich der Formbarkeit und Manipulierbarkeit durch die Mächtigen zu widersetzen. Der Autor formuliert in diesem Zusammenhang als langfristiges Ziel, dass sich Menschen zu einem verantwortungsvollen Umgang mit Substanzen hin entwickeln sollten, um so ihre selbstverschuldete Drogenunmündigkeit, im Sinne eines Befreiungsschlages, zu überwinden.

Damit hoffen wir, liebe Leserinnen und Leser, dass wir wieder ein spannendes Heft zusammengestellt haben, und freuen uns, Ihnen hiermit unsere Schwerpunktausgabe zum Thema „Digitalisierung und Sucht“ vorzulegen.

Viel Vergnügen bei der Lektüre!

Alfred Uhl



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter-Stellvertreter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stellvertretender Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie.
alfred.uhl@uhls.at

Aus der Ferne in Kontakt bleiben: Telehealth-Interventionen und ihre Bedeutung für die Suchthilfe während der Corona- Pandemie

Julian Strizek, Angelina Brotherhood & Alexandra Puhm

Zusammenfassung

Abstandsgebote während der Corona-Pandemie haben zu einem rasanten Anstieg des Einsatzes von Interventionen geführt, die eine Aufrechterhaltung des Kontakts ohne direktes Zusammentreffen von Patient/-in und Personen aus Unterstützungsangeboten garantieren. Allerdings sind derartige Angebote nicht für alle Patientengruppen gleichermaßen nutzbar und gewährleisten nicht dieselbe Behandlungsqualität wie herkömmliche Angebote. Zudem sind für ihren dauerhaften Einsatz noch wichtige Rahmenbedingungen zu klären.

Schlüsselwörter: Telehealth, Corona, Suchthilfe, Selbsthilfe

Summary

Confinement measures during the coronal pandemic have led to a widespread adaption of addiction services that help to maintain the contact with the patients without a direct encounter between the patient and people from treatment facilities. However, such interventions are not equally accessible and suitable to all patient groups and the quality of treatment may not be the same as in traditional services. In addition, the conditions and the framework of such interventions need to be clarified for their permanent use.

Keywords: telehealth, corona, treatment services, self-help

Hintergrund

Die Corona-Pandemie hat zu einer der größten Gesundheitskrisen der letzten Jahrzehnte geführt und Einschränkungen sowie Veränderungen in unterschiedlichen Lebensbereichen in einem lange nicht mehr dagewesenen Ausmaß mit sich gebracht. Dabei wird der Pandemie einerseits eine destruktive Kraft zugesprochen, die Organisationen und Individuen mit *neuen Herausforderungen* konfrontiert. Andererseits wird der Pandemie gleichzeitig eine positive Veränderungskraft attestiert, indem Reaktionen auf diese Herausforderungen als möglicher *Motor für Veränderungen* betrachtet werden. Im Bereich der Suchthilfe zeigt sich diese Ambivalenz¹ im gesteigerten Einsatz von Telemedizin

und E-Health-Interventionen², der zum einen durch die Krise erzwungen wurde, zum anderen eine Verbesserung der Versorgung mit sich bringen könnte.

Vor diesem Hintergrund arbeitet das Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH seit Oktober 2020 im Auftrag der Stiftung Anton-Proksch-Institut am Projekt *Sucht(behandlung) in der Krise* (Strizek et al., 2020), in dessen Rahmen kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen sowie auf das Suchthilfesystem in Österreich analysiert werden. Dabei geht

dem Corona zu massiven Umsatzeinbrüchen geführt hat und gleichzeitig die Hoffnung besteht, dass dies auch qualitative Veränderungen (z. B. ökologischere Formen von Tourismus) mit sich bringt.

² Für die begriffliche Abgrenzung vgl. den nächsten Abschnitt.

¹ Ähnliche ambivalente Betrachtungsweisen existieren aber auch in anderen Bereichen wie etwa dem Tourismus, bei

es um das Zusammenfassen während der Corona-Pandemie gemachter Erfahrungen aus unterschiedlichen Versorgungsbereichen und die Identifikation von Lernerfahrungen bzw. Verbesserungsmöglichkeiten zur weiteren Sicherstellung einer optimalen Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Dazu wurden Interviews mit Vertreterinnen und Vertretern der neun Sucht- und Drogenkoordinationen in Österreich, mit 20 Personen aus der professionellen Suchthilfe sowie drei zusätzliche Interviews mit Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker (AA) geführt. Telemedizinische Interventionen stellen einen Themenbereich dieses Projekts dar, der im Folgenden im Kontext von Erkenntnissen aus der Literatur diskutiert wird.

„Fern“, „digital“, „mobil“ oder „elektronisch“? Begriffsdefinition und Abgrenzung im Gesundheitsbereich stattfindender Interventionen abseits eines direkten Kontakts

Jeglicher Austausch oder jedwede Übermittlung von Gesundheitsinformationen abseits eines Face-to-Face-Kontakts kann prinzipiell unter dem Begriff Telemedizin oder Telehealth subsumiert werden. Lange Zeit galten telefonische Unterstützungsangebote in der (Nach-)Betreuung von Suchtklientinnen und Suchtklienten als die wichtigste telemedizinische Interventionsart, die zunehmend durch unterschiedliche digitale Angebote ergänzt wurde. Im Jahr 2020 wurde aufgrund der Notwendigkeit, Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote auch in Pandemiezeiten aufrechtzuerhalten, der Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien in vielen Einrichtungen der Suchthilfe deutlich erhöht.

Ständig neue technologische Entwicklungen führen dazu, dass derartige Interventionen unter wechselnden – und teilweise einander überlappenden – Begriffsdefinitionen subsumiert werden. Die WHO (2019) unterscheidet etwa zwischen

- *eHealth*, definiert als der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologie in gesundheitsbezogenen Bereichen (häufig auch auf automatisierten Prozessen wie z. B. Chatbots beruhend³),
- *mHealth* (mobile Health) als Teilbereich von *eHealth*, der spezifisch durch den Einsatz

mobiler Endgeräte (z. B. via Apps auf Mobiltelefonen⁴) in gesundheitsbezogenen Bereichen gekennzeichnet ist, und

- *Digital Health* als Überbegriff, der neben *eHealth* und *mHealth* auch datengetriebene Ansätze („Big Data“, Einsatz künstlicher Intelligenz) umfasst.

Digital Health umfasst teilweise auch Kommunikationsabläufe, in die nicht Patientinnen/Patienten direkt, sondern primär Professionistinnen/Professionisten involviert sind. Dies schließt aktuell z. B. veränderte Abläufe bei der Bewilligung notwendiger Medikamente in der Substitutionsbehandlung ein oder die Möglichkeit der E-Konsultation von Fachärztinnen/Fachärzten anderer Einrichtungen bei Suchtfällen, die beide in der Literatur als Möglichkeit zur Verbesserung der Behandlungspraxis diskutiert werden (Hughto et al., 2020; Sahu et al., 2020).

Ergänzend wurde für den Bereich der psychischen Erkrankungen der Begriff *e-mental health* eingeführt (Riper et al., 2010). Entsprechend dem oben skizzierten breiten Anwendungsspektrum umfasst der Bereich *e-mental health* Interventionen, die eine Behandlung bzw. Beratung über simultane Video- oder Telefontelefonkommunikation anbieten sowie Interventionen in Form textbasierter kurzer Informationen (via SMS, Chat oder andere Messengerdienste) oder Möglichkeiten zur elektronischen Dokumentation und (Selbst-)Überwachung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen.

Für die im gegenständlichen Artikel beschriebenen Reaktionen der Suchthilfe während der Corona-Pandemie erweisen sich diese Begriffe allesamt als zu spezifisch: *eHealth* impliziert Kommunikationswege⁵, die über herkömmliche telefonische Interventionen hinausgehen, Video- oder Textnachrichten einsetzen und ein hohes Potenzial für automatisierte Prozesse in sich tragen. In vielen Einrichtungen kam es hingegen zu der Erfahrung, dass für die Aufrechterhaltung des Kontakts zu manchen Klientinnen/Klienten derartige Kommunikationswege zu hochschwellig waren und herkömmliche Telefonie sich besser bewährte. Eine Einschränkung auf mobile Endgeräte (*mHealth*) erscheint ebenso keine inhaltlich sinnvolle Eingrenzung. *Digital health* legt einen Fokus auf

⁴ Durch die zunehmende Angleichung der Möglichkeiten auf unterschiedlichen Endgeräten ist eine Unterscheidung zwischen Mobiltelefonen und nichtmobilen Endgeräten zunehmend obsolet.

⁵ Obwohl Smartphones als elektronische Geräte auch ausschließlich zum Telefonieren genutzt werden können, liegt das Wesen eines Smartphones darin, dass es *mehr* technische Anwendungen erlaubt, als ausschließlich zu telefonieren. Hier wird sichtbar, dass das wesentliche Kriterium zur Unterscheidung nicht im benutzten Gerät begründet liegt, sondern in dem benutzten Kommunikationsweg.

³ Chatbots sind digitale Anwendungen, die via Chat einen automatisierten Austausch mit einem technischen System ermöglichen. Chatbots gelten als einfach zu bedienen und benötigen wenige Ressourcen, ermöglichen aber im weiteren Verlauf einer Beratung auch die Kommunikation mit einer realen Beratungsperson über das gleiche Medium (Haug, 2019).

datengetriebene und automatisierte Analysemethoden, die zumindest für die Suchtbehandlung nicht im Zentrum aktueller Entwicklungen im Rahmen der Corona-Pandemie stehen. Der Begriff *Telemedizin* wiederum könnte nahelegen, dass ausschließlich ärztliche Interventionen gemeint sind, wodurch therapeutische und sozialarbeiterische Interventionen, die während der aktuellen Pandemie auch über diese Kanäle angeboten wurden, ausgeschlossen wären⁶. Da somit die Absenz eines direkten Kontakts sowie die Zielsetzung einer (im weiteren Sinne) gesundheitsfördernden Intervention den kleinsten gemeinsamen Nenner darstellen, wird im weiteren Verlauf der Begriff *Telehealth* verwendet⁷.

Merkmale und Erwartungen in Bezug auf *Telehealth*-Interventionen im Suchtbereich

Telehealth-Interventionen sind per Definition unabhängig von geografischen Distanzen und daher eine potenzielle Alternative für Personen in ländlichen Regionen, die über einen eingeschränkten Zugang zu Behandlungsangeboten verfügen bzw. diese nur über lange Anfahrtswege erreichen können (Lin et al., 2019). Der erleichterte Zugang kann prinzipiell dazu beitragen, die Kontaktfrequenz zu erhöhen und Betroffene engmaschiger zu betreuen, und dadurch eine längerfristige Aufrechterhaltung des Betreuungskontakts begünstigen. Dieses Potenzial ist insbesondere aufgrund des chronischen Charakters von Suchterkrankungen von großer Bedeutung. *Telehealth*-Angebote bieten zudem den Vorteil, zeitlich flexibel zu sein, sodass in akuten Krisen schneller Hilfe angeboten werden kann. Zudem können digitale Angebote – im Gegensatz zu telefonischen Angeboten – sowohl auf synchroner (z. B. per Videotelefonie) als auch auf asynchroner Kommunikation (z. B. per Mail oder Chatnachrichten) basieren, was zusätzlich zur Erweiterung der Kommunikationsmöglichkeiten entsprechend den Präferenzen von Klientinnen/Klienten beiträgt. Zuletzt bieten *Telehealth*-Interventionen größere Anonymität als persönliche Kontakte in einer Suchthilfeeinrichtung, wodurch Zugangsbarrieren durch potenzielle Stigmatisierungserfahrungen (welche die Klientinnen/Klienten z. B. beim Warten vor einer

Einrichtung erleben könnten) reduziert werden können⁸ (Molfenter et al., 2015).

Der systematische Review von Lin und Kollegen (2019) verweist darauf, dass im Vergleich zum *Telehealth*-Einsatz bei anderen psychischen Erkrankungen für jenen im Rahmen der Behandlung suchterkrankter Personen nur verhältnismäßig wenige wissenschaftliche Publikationen vorliegen. Dies liegt zum Teil daran, dass eine enge und verlässliche Arzt-Patient-Beziehung für Personen mit Suchterkrankungen als besonders wichtig empfunden wird und Kontakte teilweise mit Auflagen verbunden sind (z. B. Urinprobe) bzw. direkte Kontakte erforderlich sind (z. B. Spritzentausch), die eine virtuelle Abwicklung unmöglich machen (Lin et al., 2019).

Zu unterscheiden ist, ob *Telehealth*-Interventionen als fallweise Ergänzung zu direkten Kontakten oder als völliger Ersatz für persönliche Beratungs-, Betreuungs- oder Therapieangebote zum Einsatz kommen; also dort, wo Personen noch gar keine Angebote in Anspruch genommen haben oder auch nicht in Erwägung zögen, solche in Anspruch zu nehmen. In letzteren Fällen könnte der Einsatz von *Telehealth* die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten steigern (Mellor & Ritter, 2020). Diesen Überlegungen liegt letztendlich die Hoffnung zugrunde, durch neue *Telehealth*-Angebote dem sogenannten „treatment gap“⁹ sowie dem „treatment lag“¹⁰ entgegenwirken zu können.

Zu welchen Umstellungen kam es während der Corona-Pandemie?

Bereits in einem sehr frühen Stadium der Corona-Pandemie wurde die Aufrechterhaltung des Kontakts zu Klientinnen und Klienten durch telefonische und videotelefonische Kontakte bei gleichzeitiger Reduktion direkter Kontakte zum Schutz vor COVID-19-Übertragungen zu

⁸ Eine höhere Anonymität im Rahmen der Inanspruchnahme von Betreuungsangeboten führt allerdings noch nicht zu einem Abbau von Stigma, sondern macht es für Betroffene leichter, Hilfe *trotz Stigmas* in Anspruch zu nehmen.

⁹ Mit „treatment gap“ wird das Verhältnis zwischen der Anzahl der Personen, die eine Behandlung benötigen, und dem Anteil jener, die eine solche auch tatsächlich in Anspruch nehmen, bezeichnet. Der verwandte Begriff „unmet demand“ trägt dem Umstand Rechnung, dass nicht jede unbehandelte Person auch behandelt werden will. Nicht zuletzt lösen viele Personen Suchtprobleme auch ohne Behandlung („untreated remission“), was alles zusammen dazu führt, dass Schätzungen zum Ausmaß des „treatment gap“ (aus dem sich ein Auftrag für die Suchthilfe ableitet) zu stark divergierenden Ergebnissen kommen (Schaub, 2020).

¹⁰ „Treatment lag“ bezeichnet die Zeitspanne, die zwischen dem Auftreten problematischer Symptome und dem Beginn der Behandlung liegt. Ähnlich wie beim „treatment gap“ ist auch hier ein fehlender Konsens in Bezug auf die Definition der grundlegenden Parameter ausschlaggebend dafür, dass sehr unterschiedliche Ergebnisse zur durchschnittlichen Ausprägung des „treatment lag“ vorliegen (Schaub, 2020).

⁶ Auch der Bereich der Selbsthilfe war auf diese neuen Kanäle verstärkt angewiesen.

⁷ Auch die WHO (2021) verwendet diesen – etwas aus der Mode gekommenen – Begriff in Zusammenhang mit der Implementierung von Maßnahmen während der Pandemie synonym mit „Telemedizin“.

einer der zentralen Empfehlungen internationaler Suchtexpertinnen/-experten (Farhoudian et al., 2020). Diese Empfehlung war auch handlungsleitend für den Bereich der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen¹¹ in Österreich. Diese Bedeutung der Aufrechterhaltung des Kontakts trotz physischer Distanzgebote verlief parallel zu der im Laufe der Pandemie gereiften Erkenntnis, dass die korrekte Aufforderung „*physical distancing*“ und nicht „*social distancing*“ lauten solle (Sørensen et al., 2021). In der Versorgungspraxis der Suchthilfeeinrichtungen hat dies zu einer grundlegenden Veränderung der Behandlungsmodalitäten und zu einem enormen Ausbau des Einsatzes von Telefonberatung und Online-Angeboten geführt. Etablierte Angebote wurden teilweise durch neue Formen des Kontakthaltes erweitert wie etwa gemeinsame Spaziergänge im Freien oder „nachgehendes Telefonieren“. Ambulante gruppentherapeutische Angebote wurden in vielen Einrichtungen hingegen deutlich reduziert bzw. weitgehend ausgesetzt.

Aus Sicht der im Gesundheitsbereich Beschäftigten kann (zumindest) in Pandemiezeiten der Einsatz von *Telehealth*-Maßnahmen nicht nur als Herausforderung, sondern auch als *Privileg* verstanden werden. Nicht alle Aufgaben der Suchthilfe können durch *Telehealth*-Maßnahmen ersetzt werden, was bei diesen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern – z. B. Pflegepersonal – zu besonderem Stress geführt hat. Searby und Burr (2021) führen dies auf zusätzliche Strapazen infolge zusätzlicher Hygienemaßnahmen, auf die Angst vor einer Ansteckung sowie auf die Unsicherheit, auf andere, „wichtigere“ (pandemierelevante) Stationen versetzt zu werden, zurück. Dies erhöht in Kombination mit der allgemein geringeren Anerkennung der pflegerischen Arbeit sowie der spezifischen Kompetenzen, die Pflegekräfte bei der Versorgung Suchtkranker einbringen, das Risiko eines Fachkräftemangels in diesem Bereich.

Dort, wo eine Umstellung auf *Telehealth*-Maßnahmen möglich war, führte dies in vielen Aspekten zu positiven Erfahrungen: Zusätzliche Kommunikationsmöglichkeiten erleichtern zumindest für bestimmte Klientinnen/Klienten die Erreichbarkeit der Angebote deutlich, fördern die Termintreue und tragen – zusammen mit größerer zeitlicher Flexibilität – das Potenzial in sich, Behandlungserfolge zu erhöhen. Im Kontext stark *schambesetzter Themenbereiche*

(z. B. wenn Eltern über Suchtprobleme ihrer Kinder reden wollen) werden digitale Gruppenangebote als anonym wahrgenommen und oft besser angenommen als Gruppentreffen im Präsenzmodus. Diese Erfahrung wurde laut Experteninterviews auch im Bereich der Suchtprävention gemacht, wo aufgrund von Schulschließungen Veranstaltungen teilweise online abgehalten wurden¹².

Der Großteil der befragten österreichischen Suchthilfeexpertinnen und -experten befürwortet einen zukünftigen Ausbau von *Telehealth*-Interventionen, die aber keinen vollwertigen Ersatz für persönliche Kontakte darstellen können, da diesem Behandlungszugang *gewisse Grenzen gesetzt* sind und dieser daher *nicht bei allen Klientinnen/Klienten* gleichermaßen anwendbar ist (siehe nächster Abschnitt).

Für welche Klientinnen/Klienten sind *Telehealth*-Maßnahmen (nicht) geeignet?

Die Möglichkeit des Einsatzes von *Telehealth*-Maßnahmen in der Suchthilfe ist erwartungsgemäß stark von *Charakteristika der Klientinnen/Klienten* wie etwa dem Krankheitsbild und komorbiden Erkrankungen abhängig. So können Videotelefonie oder telefonische therapeutische Betreuungen bei Menschen mit Sozialphobie ein gut geeigneter Zugang sein, während bei Menschen mit schweren Traumata ein direkter Kontakt für die Therapie unumgänglich scheint.

Prinzipiell setzen *Telehealth*-Maßnahmen auch *grundlegende technische und ökonomische Ressourcen* (Zugang zu den benötigten Medien, Hardware oder Telefonguthaben, Rückzugsmöglichkeiten im privaten Raum¹³) sowie gewisse technische Fähigkeiten („computer literacy“) voraus. Nicht bei allen Suchtklientinnen/-klienten sind diese Anforderungen auch erfüllt. Da der Zugang zu Internet und Smartphones negativ mit sozialer und ökonomischer Benachteiligung korreliert, sollte verhindert werden, dass sozioökonomisch benachteiligte Klientengruppen mit zusätzlichen Hürden beim Zugang zu Suchthilfeangeboten konfrontiert werden. Speziell bei Klientinnen/Klienten niederschwelliger oder schadensmindernder Angebote sind digitale Unterstüt-

¹¹ Aufgrund der Möglichkeit, Infektionen im stationären Versorgungsbereich mittels Testung und Quarantäne bei der Aufnahme ausschließen zu können, haben *Telehealth*-Interventionen dort nicht dieselbe Bedeutung wie im ambulanten Bereich, der durch eine höhere Fluktuation der persönlichen Kontakte charakterisiert ist.

¹² Digitale Kommunikationskanäle sind aber nicht nur ein neuer Modus Operandi suchtpreventiver Angebote, sondern stehen gleichzeitig auch inhaltlich im Fokus: die Nutzung digitaler Spiele und neuer Medien seitens Jugendlicher während der Pandemie war ein zentrales Interesse in diesen Formaten.

¹³ Die Nutzung von *Telehealth*-Angeboten erfordert die Wahrung der Privatsphäre, die etwa durch die Anwesenheit von Familienangehörigen eingeschränkt sein kann. Speziell Videotelefonie kann für alle Beteiligten teilweise ungewollte Einblicke in private Bereiche bieten.

zungsmaßnahmen kaum anwendbar, weil die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind. Die Umstellung auf *Telehealth*-Angebote erfordert auch eine *entsprechende Bereitschaft*, sich mit einer neuen Technik auseinanderzusetzen, was für Menschen mit starken Vorbehalten gegenüber digitaler Technologie oder einem generellen Widerstand gegenüber Veränderung eine größere Herausforderung darstellt als für andere.

Sowohl in der Literatur als auch in Suchthilfeeinrichtungen bzw. Selbsthilfegruppen zeigte sich, dass die Akzeptanz von Online-Angeboten unter jüngeren Klientinnen/Klienten höher war als bei Älteren. Auch werden bei *älteren Personen* mit Suchterkrankungen geringer ausgeprägte technische Kompetenzen und damit spezifische Hürden angenommen (Rosen, 2021).

Die weitgehend einhellige Rückmeldung von Expertinnen/Experten in Österreich lautet, dass für Klientinnen und Klienten, die *bereits länger in Therapie* waren, die Umstellung auf neue Kommunikationsformen ein geringeres Problem darstellte, da auf der bereits vorhandenen Beziehung zu den Therapeutinnen und Therapeuten aufgebaut werden konnte. Bei *neu beginnenden Therapien* stellt das Fehlen eines direkten persönlichen Kontakts eine enorme Herausforderung dar, um eine dauerhafte Beziehung zu etablieren. Analog den Erfahrungen im Bereich der professionellen Suchthilfe stellte auch im Bereich der Selbsthilfe die Umstellung auf Online- bzw. Telefonkontakte für Personen, die neu dabei waren, ein größeres Problem dar als für etablierte Mitglieder. Ebenso hat für instabile Klientinnen und Klienten, Personen mit einem riskanten Konsumverhalten sowie Personen mit psychiatrischen Begleiterkrankungen ein direkter, persönlicher Kontakt mit Betreuungspersonen deutlich mehr Bedeutung.

Grenzen des Einsatzes von *Telehealth*-Angeboten

Grenzen bei der Anwendung von *Telehealth*-Angeboten in der Suchtbehandlung sind laut Auskunft der Interviewpartner/-innen zunächst im technisch-regulatorischen Kontext zu lokalisieren: So können etwa nicht alle Behandlungskomponenten wie z. B. Harntests auf digitale Wege umgestellt werden. In manchen Einrichtungen der Suchthilfe fehlt es darüber hinaus an der technischen Infrastruktur für digitale Beratungsangebote. Ebenso im technischen Kontext verankert sind Bedenken hinsichtlich des *Datenschutzes* bei Online-Angeboten, die sowohl von Klientinnen/Klienten als auch von Suchthilfeeinrichtungen thematisiert werden. Speziell Konsumentinnen/Konsumenten

illegaler Substanzen äußern Datenschutzbedenken, wenn über digitale Medien illegale Verhaltensweisen thematisiert werden. Der Einsatz unterschiedlicher Programme zur Onlinekommunikation – aus deren Fülle eine große Auswahl an diesbezüglichen Möglichkeiten resultiert – ist zudem infolge der zeitaufwändigen Abklärung von Datenschutzaspekten erschwert. Auch in Bezug auf die Gewährleistung der *Barrierefreiheit* (z. B. für Gehörlose oder Personen mit anderen Funktionseinschränkungen) bestehen bei *Telehealth*-Interventionen noch viele offene Fragen. Zudem fehlt es derzeit noch an Leitlinien und Empfehlungen, welche Plattformen und Applikationen die höchste Benutzerfreundlichkeit und Datensichtheit aufweisen.

Bezüglich der Behandlungsqualität formulierten die im Zuge der vorliegenden Studie Befragten unterschiedliche Bedenken, etwa dass therapeutische Angebote via Telefon oder Videotelefonie mitunter *oberflächlicher* ausfallen als persönliche Gespräche und eine *geringere Verbindlichkeit* aufweisen. Das Fehlen nonverbaler Informationen zur Kontextualisierung von Aussagen erschwert die *Einschätzung der Gesamtsituation* – vor allem bei Klientinnen und Klienten, die man noch nicht gut kennt. Um die Behandlungsqualität trotz dieser Einschränkungen zu gewährleisten, gestalten sich *Telehealth*-Angebote für Behandler/-innen *teilweise zeitintensiver* als herkömmliche Angebote: Eine telematische Anamnese erfordert etwa deutlich mehr Zeitaufwand als eine Anamnese in direktem persönlichem Kontakt. Zudem bedarf es oft mehrerer Versuche, um eine Klientin/einen Klienten zu erreichen, was administrative Zusatzaufgaben zur Folge hat.

Der Besuch einer Therapieeinrichtung hat für manche Klientinnen/Klienten eine *tagestrukturierende Funktion*, die bei telefonischen oder videotelefonischen Angeboten nicht in demselben Ausmaß gegeben ist. Auch im Bereich der Selbsthilfe wird auf diesen Umstand verwiesen, der längerfristig zu einem wesentlichen Unterschied zwischen einem persönlichen und einem virtuellen Meeting führt.

Vor allem längerfristige Erfahrungen mit Telefonkontakten zeigen zudem, dass diese nur für eine *begrenzte Zeit* eine gute Alternative zu persönlichen Kontakten darstellen und selbst bei technikaffinen Personen bei Anwendung über einen längeren Zeitraum „die Luft draußen ist“ und der Bedarf an persönlichen Terminen steigt. Auch bei akuten Krisen werden die Grenzen telefonischer Kontakte deutlich. Das Aufrechterhalten des Kontakts mit Klientinnen/Klienten in Form einer „nachgehenden/nachtelefonierenden Arbeit“ hat sich in der Kri-

se zwar bewährt, kann sich aber sehr ressourcenintensiv gestalten.

Die von den befragten österreichischen Praktikerinnen/Praktikern genannten Einschränkungen decken sich weitestgehend mit Argumenten, die in der Literatur (Lin et al., 2019; Uscher-Pines et al., 2020) als Schwachstellen von *Telehealth*-Interventionen im Suchtbereich beschrieben werden.

Gemeinsam durch die Krise – Selbsthilfe während Corona

Im Zuge der Corona-Pandemie wurde noch deutlicher, dass Peer-Support und Selbsthilfeangebote eine zentrale Rolle in der Versorgung suchterkrankter Menschen einnehmen können, gerade wenn durch eine außergewöhnliche Situation etablierte professionelle Angebote nicht im gewohnten Umfang zur Verfügung stehen (Wisse et al., 2021). Selbsthilfe und professionelle Hilfe standen während der Pandemie im Wesentlichen vor derselben Herausforderung: Auch für Selbsthilfegruppen war lange Zeit¹⁴ der Umstieg auf Online-Angebote erforderlich, um den Kontakt auch ohne persönliche Komponente aufrechterhalten zu können. Parallel zu Erfahrungen im Bereich der professionellen Suchthilfe werden Onlinetreffen von den befragten Mitgliedern der Anonymen Alkoholiker (AA) nicht als *vollwertiger Ersatz für direkte persönliche Treffen* erachtet, weil im persönlichen Austausch das Offenlegen von Erfahrungen leichter fällt und weil neue Mitglieder dadurch schneller in der Gruppe Anschluss finden. Die direkte persönliche Interaktion ermöglicht zudem die Übernahme von administrativen Aufgaben (z. B. Schlüsselverwaltung), die das Selbstwertgefühl fördern kann.

In anderen Punkten wurden spezifische Aspekte genannt, durch die sich Selbsthilfeeinrichtungen in Hinblick auf Ausgangsbedingungen und Reaktionen auf die Corona-Pandemie von professionellen Suchthilfeeinrichtungen unterscheiden.

Zunächst haben Selbsthilfeeinrichtungen wie die AA im Gegensatz zu professionellen Einrichtungen keine hierarchische Struktur und benötigten daher *keine zentralisierte Entscheidung* für den Umstieg auf *Telehealth*-Angebote. Dies wird auch als Grund dafür geäußert, warum diese Umstellungen sehr schnell und teilweise „über Nacht“ erfolgen konnten.

Intensive Kommunikation als gemeinschaftsförderndes Element zwischen den Mitgliedern war bereits vor der Pandemie ein wesentlicher

Eckpunkt der AA, und durch das System der Sponsorinnen/Sponsoren¹⁵ hat jedes Mitglied mindestens eine andere Person, die in Krisensituationen telefonisch kontaktiert werden kann. Darüber hinaus gab es auch bereits vorher unterschiedliche Kanäle (z. B. verschiedene WhatsApp-Gruppen, die von einer „reinen Plaudergruppe“ bis hin zur inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem „Blauen Buch“ reichen¹⁶), deren gemeinsames Ziel die Aufrechterhaltung des Kontakts, die Wahrung eines Gefühls des Zusammenhalts und das Verhindern von Vereinsamung ist.

Durch den überregionalen Charakter der Gemeinschaft der AA bieten Onlinemeetings für alle Interessierten die Möglichkeit, an Meetings teilzunehmen, die sonst aufgrund der geografischen Distanz nicht infrage kämen (Gruppen in anderen Regionen in Österreich, aber auch internationale Gruppen). Onlinemeetings haben somit die Angebotspalette bereichert und werden speziell von Mitgliedern im ländlichen Raum als großer Gewinn eingestuft. Speziell für jüngere Personen stellte der Besuch eines Onlinemeetings eine niedrigere Hemmschwelle dar als ein persönliches Treffen. Die Corona-Pandemie führte dazu, dass sich ein *zusätzliches, zeitgemäßes Standbein* beschleunigt etablieren konnte.

Erwähnt wurde zudem, dass Onlinemeetings Übergänge zwischen professioneller Hilfe und Selbsthilfe erleichtern können, wenn z. B. die Teilnahme an Meetings auch während eines stationären Aufenthalts in einer Behandlungseinrichtung möglich ist.

Ein weiteres spezifisches Problem bei Selbsthilfeangeboten liegt darin, dass freiwillige Spenden bei direkten, persönlich abgehaltenen Meetings eine *relevante Einnahmequelle* zur Deckung laufender Betriebskosten wie Miete oder Strom darstellen und durch die Umstellung auf Onlinetreffen entfallen sind.

Diese überwiegend positive Beurteilung von Online-Angeboten seitens der Interviewpartner/-innen wird eingeschränkt durch Hinweise aus der Literatur, wonach Interaktionen in digitalen Räumen mehr kognitive und emotionale Ressourcen erfordern als persönliche Interaktion, um ähnliche Ergebnisse zu erzielen (Bergman & Kelly, 2021). Ohne diesen Mehraufwand können digitale Selbsthilfeangebote zu geringerer emotionaler Bindung bzw. verrin-

¹⁴ Ab Februar 2021 wurden laut der 4. COVID-19-Schutzmaßnahmenverordnung Kontaktbeschränkungen für Selbsthilfegruppen aufgehoben.

¹⁵ Sponsorinnen/Sponsoren sind etablierte Mitglieder der Gemeinschaft, die bereits seit längerer Zeit nüchtern sind und die Grundsätze des AA-Programms auf ihr eigenes Leben angewandt haben. Sie sind Mentorinnen/Mentoren für andere Mitglieder, geben Rat und Unterstützung und helfen ihnen, die zwölf Schritte zu vollenden (Chappel, 1994).

¹⁶ Das „Blaue Buch“ ist der Grundlagentext der AA und beinhaltet u. a. die „Zwölf Schritte“ und die „Zwölf Traditionen“.

gerter Gruppenidentifikation führen und bieten infolgedessen weniger Möglichkeiten, Ressourcen aus diesen Treffen zu generieren¹⁷. Ob Online-Angebote im Selbsthilfebereich ähnliche positive Effekte wie reale Kontakte erzielen können, hängt nicht zuletzt davon ab, ob es ausschließlich bei Online-Interaktionen bleibt oder ob auch persönliche Kontakte stattfinden, bei denen soziale Beziehungen an Stärke und Verbindlichkeit gewinnen (a.a.O.).

Ausblick

Die globale Corona-Pandemie hat dazu geführt, dass Suchthilfeeinrichtungen weltweit mit Einschränkungen des persönlichen Kontakts konfrontiert waren, wodurch es zu einem sprunghaften Ausbau von *Telehealth*-Interventionen kam. In vielerlei Hinsicht sind daraus resultierende Herausforderungen und Erfahrungen in unterschiedlichen geografischen Regionen sehr ähnlich verlaufen (vgl. Oesterle et al., 2020, für die USA) und haben somit auch zu einer „Globalisierung“ der aktuell zentralen Herausforderung in der Suchthilfe geführt.

Für den Einsatz im Regelbetrieb sind Fragen zu den administrativen Rahmenbedingungen ungeklärt (z. B. Wahrung der Privatsphäre, Datenschutz, Barrierefreiheit, längerfristige Kostenerstattung). Für eine längerfristige Beibehaltung des verstärkten Einsatzes von *Telehealth*-Angeboten bedarf es daher Leitlinien und Empfehlungen, z. B. in Hinblick darauf, welche Anwendungen, Plattformen und Applikationen für welche Zielgruppen am besten geeignet sind.

Zum aktuellen Zeitpunkt ist offen, inwieweit die pandemiebedingte Umstellung von bewährten (persönlichen) Unterstützungsangeboten auf Telefon bzw. Internet dazu führen wird, dass sich nicht nur das Medium der therapeutischen Interventionen ändert, sondern dass auch Inhalte über diese neuen Modalitäten adaptiert werden, die etwa eine engmaschige Dokumentation des eigenen Konsumverhaltens auf elektronischen Geräten erlauben und damit den Ausbau von Angeboten wie Kontingenzmanagement mit kurzen, aber häufigen Interventionen begünstigen (Coughlin et al., 2021). Zu vermeiden sind jedenfalls unbeabsichtigte Folgen für Klientinnen/Klienten durch die Implementierung von *Telehealth*-Angeboten, etwa indem bestimmte Zugänge gewählt werden, obwohl andere Behandlungsmodalitäten besser geeignet wären (Warfield et al., 2021).

Molfenter und Kollegen (2021) berichten auf Basis einer Befragung US-amerikanischer Suchthilfeeinrichtungen von einer sehr hohen Bereitschaft, auch nach der COVID-19-Pandemie *Telehealth*-Angebote beizubehalten. Die Vielzahl der praktischen Vorteile lässt auch in Österreich einen weiteren Einsatz von *Telehealth*-Interventionen nach COVID-19 wahrscheinlich erscheinen, auch wenn klar ist, dass diese direkte persönliche Kontakte in vielen Fällen nicht ersetzen können. Hier sind Kriterien nötig, unter welchen Bedingungen *Telehealth*-Angebote zweckmäßig sind und wann herkömmliche Angebote zu bevorzugen sind, um die Qualität der Angebotspalette zu gewährleisten.

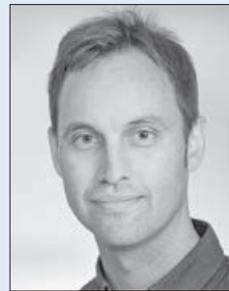
Literatur

- Bergman, B. G. & Kelly, J. F. (2021). Online digital recovery support services: An overview of the science and their potential to help individuals with substance use disorder during COVID-19 and beyond. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 108152.
- Chappel, J. N. (1994). Working a program of recovery in Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 104–109.
- Coughlin, L. N., Bonar, E. E. & Bickel, W. K. (2021). Considerations for remote delivery of behavioral economic interventions for substance use disorder during COVID-19 and beyond. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 1–4.
- Haug, S. (2019). Chatbots zur Frühintervention und Behandlungsbegleitung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 45(2), 22–24.
- Hughto, J. M. W., Peterson, L., Perry, N. S., Donoyan, A., Mimiaga, M. J., Nelson, K. M. et al. (2020). The provision of counseling to patients receiving medications for opioid use disorder: Telehealth innovations and challenges in the age of COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 1–3.
- Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H. & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38–49.
- Mellor, R. & Ritter, A. (2020). Redressing responses to the treatment gap for people with alcohol problems: The overlooked role of untreated remission from alcohol problems. *Sucht*, 66(1), 21–30.
- Molfenter, T., Boyle, M., Holloway, D. & Zwick, J. (2015). Trends in telemedicine use in addiction treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), 1–9.

¹⁷ Zum Beispiel wird angenommen, dass über digitale Selbsthilfefomate zwar Informationen vermittelt werden können, aber zusätzliche Lernmechanismen (z. B. stellvertretendes Lernen nach Bandura) nur begrenzt wirksam sind.

- Oesterle, T. S., Kolla, B., Risma, C. J., Breitingner, S. A., Rakocevic, D. B., Loukianova, L. L. et al. (2020). Substance use disorders and telehealth in the COVID-19 pandemic era: a new outlook. *Mayo Clinic Proceedings*, 95(12), P2709–2718.
- Riper, H., Andersson, G., Christensen, H., Cuijpers, P., Lange, A. & Eysenbach, G. (2010). Theme issue on e-mental health: a growing field in internet research. *Journal of Medical Internet Research*, 12(5), 1–7.
- Rosen, D. (2021). Increasing participation in a substance misuse program: lessons learned for implementing telehealth solutions during the COVID-19 pandemic. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 24–26.
- Sahu, P., Mathur, A., Ganesh, A., Nair, S., Chand, P. & Murthy, P. (2020). Acceptance of e-consult for substance use disorders during the COVID 19 pandemic: A study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 1–5.
- Schaub, M. P. (2020). How to achieve greater comparability – suggested ways to improve the determination of treatment gap and treatment lag. *Drugs and Alcohol Today*, 21(1), 45–53.
- Searby, A. & Burr, D. (2021). The impact of COVID-19 on alcohol and other drug nurses' provision of care: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing*, 30(11/12), 1730–1741.
- Sørensen, K., Okan, O., Kondilis, B. & Levin-Zamir, D. (2021). Rebranding social distancing to physical distancing: calling for a change in the health promotion vocabulary to enhance clear communication during a pandemic. *Global Health Promotion*, 28(1), 5–14.
- Strizek, J., Busch, M., Priebe, B., Puhm, A. & Uhl, A. (2020). *Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht*. Wien: Gesundheit Österreich.
- Uscher-Pines, L., Sousa, J., Raja, P., Mehrotra, A., Barnett, M. & Huskamp, H. A. (2020). Treatment of opioid use disorder during COVID-19: Experiences of clinicians transitioning to telemedicine. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 118, 108124.
- Warfield, S. C., Pack, R. P., Degenhardt, L., Larney, S., Bharat, C., Ashrafioun, L. et al. (2021). The next wave? Mental health comorbidities and patients with substance use disorders in under-resourced and rural areas. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 121, 108189.
- WHO. (2019). *WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening*. Geneva.
- WHO. (2021, May 7). *Implementing telemedicine services during COVID-19: guiding principles and considerations for a stepwise approach*. Republished without changes. Geneva.
- Wisse, E., Burke-Shyne, N., Chang, J. & Southwell, M. (2021). COVID-19 and people who use

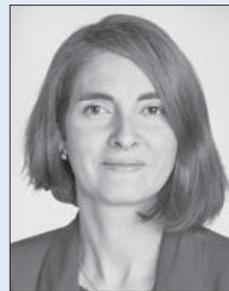
drugs; seizing opportunity in times of chaos. *International Journal on Drug Policy*, 90, 103097.



© Ettl

Mag. Julian Strizek

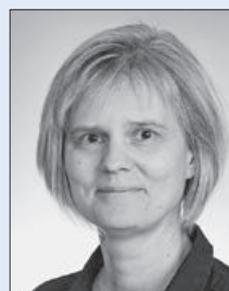
Soziologe. Health Expert am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH. Koordinator des Forschungsprojekts „Sucht(behandlung) in der Krise“. julian.strizek@goeg.at



© Ettl

Mag. Angelina Brotherhood

Soziologin. Seit 2007 in der Suchtforschung tätig, Health Expert am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und Dissertantin an der Universität Wien, Forschungsschwerpunkte: Suchtprävention, Qualitätssicherung, Evidenzbasierung. angelina.brotherhood@goeg.at



© Ettl

Mag. Dr. Alexandra Puhm, M.Sc.

Erziehungswissenschaftlerin und Psychotherapeutin. Seit 1992 im Suchtbereich tätig, arbeitet am Kompetenzzentrum Sucht an der Gesundheit Österreich GmbH und als Psychotherapeutin in freier Praxis. alexandra.puhm@goeg.at

Psychotherapie via Telefonie und Videotelefonie in Zeiten der coronabedingten Digitalisierung

Zusammenfassung der wichtigsten Studienergebnisse zur Erhebung des Potenzials von E-Psychotherapie in Österreich¹

Martin Poltrum, Alfred Uhl & Hannah Poltrum

Zusammenfassung

Aufgrund der COVID-19-Pandemie ist es österreichischen Psychotherapeut*innen seit Mitte März 2020 erstmals erlaubt, Psychotherapien mittels Telefon oder Videotelefonie (E-Psychotherapie) durchzuführen. Die Erfahrungen mit diesen neuen Behandlungsmethoden sowie die Einstellung der therapeutischen Kolleg*innenschaft zu e-psychotherapeutischen Behandlungen, bevor sie erlaubt waren, wurde durch die Befragung von 717 österreichischen Psychotherapeut*innen untersucht. Im folgenden Beitrag wird dargestellt, welche Vor- und Nachteile E-Psychotherapien im Vergleich zu Face-to-Face-Behandlungen haben und welche Implikationen sich in Bezug auf Interventionen, Methoden und Patient*innengruppen nach Ansicht der befragten Kolleg*innenschaft ergeben.

Schlüsselwörter: Psychotherapie und COVID-19, E-Psychotherapie, Telefonpsychotherapie, Videopsychotherapie, Onlinepsychotherapie, therapeutische Beziehung bei Videopsychotherapien

Summary

Due to the COVID-19 pandemic, Austrian psychotherapists for the first time were entitled to practice psychotherapies via telephone or video telephony (e-psychotherapy) starting in mid-March 2020. A survey involving 717 Austrian psychotherapists was carried out to enquire the experiences they made with these new treatment modalities and their attitude towards e-psychotherapeutic treatments prior and after this change. In the following paper the advantages and disadvantages of e-psychotherapy are compared to face-to-face treatment based on the surveyed therapists' perceptions, with particular emphasis on the implications for interventions, methods and patient groups.

Keywords: psychotherapy and COVID-19, e-psychotherapy, telephone psychotherapy, video psychotherapy, online psychotherapy, therapeutic alliance in video-psychotherapy

Zum Hintergrund der Studie

Im Zeitalter der Digitalisierung, in dem sich viele Aktivitäten und Lebensbereiche ins Internet verlagern, von der Partner*innensuche bis über Finanztransaktionen ist es klar, dass auch

Psychotherapie zusehends über online-basierte Videositzungen stattfindet. Das bringt sowohl Vor- als auch Nachteile mit sich. Die aktuelle Corona-Pandemie zeigt recht deutlich, welchen Vorteil es hat, wenn Psychotherapien nicht nur Face-to-Face in der Ordination stattfinden, son-

¹ Zur ausführlichen Darstellung der Studienergebnisse siehe: Poltrum, Uhl & Poltrum. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse. *SFU Research Bulletin*, 2, 1–24, und Uhl, Poltrum & Poltrum. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – quantitative Analyse. *SFU Research Bulletin*, 2, 25–62.

dem auch über Telefon- oder Videositzungen durchgeführt werden können. Der Vorteil: Man kann Patient*innen unkompliziert, schnell und jederzeit psychotherapeutisch versorgen.

Diese Möglichkeit gibt es in Österreich erstmals seit Mitte März 2020, da die Krankenversicherungsträger aufgrund der COVID-19-Pandemie beschlossen, auch die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen, die über Videositzungen oder Telefonkontakte durchgeführt werden, vorübergehend voll zu übernehmen bzw. über Zuschüsse mitzufinanzieren. Vor der Pandemie waren Psychotherapiesitzungen über Internet oder Telefon in Österreich explizit ausgeschlossen. In einer vor der COVID-19-Krise vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebenen Internetrichtlinie wurde noch argumentiert, „dass das spezifische Setting der Psychotherapie und die damit eng verbundenen Voraussetzungen für die Gestaltung der psychotherapeutischen Beziehung via Internet nicht ausreichend gegeben sind“.²

Basierend auf internationalen Studien zur Frage der therapeutischen Beziehungsgestaltung und Wirksamkeit von Psychotherapie über Videositzungen (vgl. Simpson & Reid, 2014; Cook & Doyle, 2002; Eichenberg, 2020) ist zu empfehlen, diese Richtlinie abzuändern und zu argumentieren, dass es aus Gründen der therapeutischen Versorgung auch in Nicht-Corona-Zeiten Sinn macht, in Österreich liberalere Bestimmungen zu verfügen.

In vielen Ländern sind videotherapeutische Sitzungen schon lange erlaubt und werden von staatlichen Institutionen sowie von Krankenkassen unterstützt. Insbesondere in Staaten, die eine geringe Bevölkerungsdichte haben, wie zum Beispiel in Schweden oder Australien, wo die Wege, die man zu Therapiepraxen zurücklegen müsste, für viele Betroffene unzumutbar lang sind, gibt es gute Erfahrungen mit E-Psychotherapie. In Deutschland zum Beispiel sind psychotherapeutische Videositzungen für Kassenpraxen schon im Oktober 2019 ermöglicht worden. Deutsche Kolleg*innen mit Kassenvertrag konnten schon vor der Corona-Krise bis zu 20 Prozent ihrer Therapien über Videositzungen abhalten.

Ohne Frage wird der Goldstandard der Psychotherapie immer die Face-to-Face-Sitzung sein, wie die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung in einer Aussendung vertrat.³ Das

wird auch kein vernünftiger Mensch bestreiten, so wie auch niemand bestreiten wird, dass ein Face-to-Face-Treffen mit Freund*innen mehr hergibt als Zoom- oder Skype-Verabredungen, wie sie während der Corona-bedingten Ausgangsbeschränkungen üblich waren. Aber warum sollte es nicht erlaubt sein, Patient*innen während der Grippe-Zeit oder wenn diese postoperativ zwei Wochen lang nicht gehen können oder wenn Patient*innen beruflich für einige Wochen im Ausland sind und dort Arbeitstreffen haben, vor denen sie sich fürchten, therapeutisch zu unterstützen? Da ergeben sich oft Situationen, die bestehende Ängste verstärken. Oder warum sollte es nicht zulässig sein, Personen, die von Wien nach Berlin ziehen und bei diesem Übergang gerne von ihren bisherigen Therapeut*innen begleitet werden möchten, via Videositzung therapeutisch zu versorgen?

Welche Erfahrungen österreichische Psychotherapeut*innen erstmals mit der Behandlung von Patient*innen via Telefon und Videositzungen gemacht haben, wurde letztes Jahr durch unsere Studie „Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potential von E-Psychotherapie in Österreich (qualitative und quantitative Analyse)“ erhoben (vgl. Poltrum et al., 2020; Uhl et al., 2020). Die wichtigsten Ergebnisse dieser Studie werden hier kurz zusammengefasst und dargestellt.

Psychotherapie via Telefonie und Videotelefonie

Wir haben mit unserer Studie erstmals im Detail untersucht, ob und wie sich telefonische und videotelefonische Psychotherapie, die in der ersten Lockdown-Phase (Mitte März 2020) im Zuge der COVID-19-Krise in Österreich erstmals zugelassen wurde, auch längerfristig als Ergänzung zu den bestehenden psychotherapeutischen Angeboten etablieren könnte. Dazu wurden 2020 von Anfang Juni bis Mitte August 717 Psychotherapeut*innen in ganz Österreich ausführlich zu ihren Erfahrungen mit telefonischer und videotelefonischer Psychotherapie (E-Psychotherapie) befragt.

E-Psychotherapie war vor der COVID-19-Krise in Österreich nicht zulässig und daher auch nicht über Krankenkassen abrechenbar. Nur ein knappes Drittel der Befragten gab an, bereits vor Beginn der Krise eine positive Einstellung zur elektronisch mediatisierten Form der Therapie gehabt zu haben. Mit der Krise und ihren spezifischen Anforderungen an die psychotherapeutische Praxis hat sich das aber grundlegend geändert. Mit den krisenbedingt

² Siehe dazu: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Medizin-und-Gesundheitsberufe/Berufe-A-bis-Z/Psychotherapeutin,-Psychotherapeut.html> – Internetrichtlinie (abgerufen am 3.3.2020).

³ Siehe dazu: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=11154&token=006871a32dba58dc8f3eac6be4dacc927d27e23e> (abgerufen am 26.11.2020).

sehr kurzfristig auch in Österreich ermöglichten und von den Krankenkassen getragenen telefonischen und videotelefonischen Psychotherapieangeboten konnten und mussten viele Psychotherapeut*innen erstmals persönliche Erfahrungen mit diesem Therapiemodus sammeln. Während vor der COVID-Krise nur ein Drittel die Option einer E-Psychotherapie positiv einschätzte, beurteilen inzwischen rund zwei Drittel der Psychotherapeut*innen diese Option generell positiv und fast 90 Prozent finden, dass E-Psychotherapie zumindest in bestimmten vorübergehenden Situationen ein sinnvolles Angebot darstellt. 71 Prozent der befragten Psychotherapeut*innen waren dafür, E-Psychotherapie als generell abrechenbare Leistung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, und 94 Prozent sprachen sich für die Kassenfinanzierung von E-Psychotherapie in Ausnahmesituationen aus.

Die Studie macht auch deutlich, dass trotz dieser klaren Einstellungsänderung innerhalb der Profession nach wie vor weitgehend Einigkeit darüber herrscht, dass im Rahmen von psychotherapeutischen Behandlungen der direkte persönliche Kontakt mit Patient*innen ein ganz zentrales Element darstellt, auf das man nicht leichtfertig verzichten sollte. Circa neun von zehn Befragten könnten sich aber vorstellen, auch nach der Krise E-Psychotherapie einzusetzen, wenn das persönliche Erscheinen von Patient*innen in ihrer Praxis entweder nicht zumutbar oder nicht möglich ist, sofern diese Option permanent in den Leistungskatalog der Versicherungsträger aufgenommen wird.

Neben vielen quantitativ erhobenen Details⁴ war unsere Untersuchung so konzipiert, dass wir die therapeutische Kolleg*innenschaft explizit gebeten haben, ausgiebig von den bereitgestellten Kommentarfeldern zu den einzelnen Fragen Gebrauch zu machen, und darüber hinaus diese auch aufgefordert haben, über längere schriftliche Statements zu den Vor- und Nachteilen der E-Psychotherapie (Einzeltherapie und Gruppentherapie) Stellung zu beziehen und die gemachten Erfahrungen zu verschriftlichen. Durch diesen qualitativen Teil unserer Studie sind mehrere hundert Seiten an Textmaterial zusammengekommen, die Auskunft darüber geben, wie die Anwendbarkeit von verschiedenen therapeutischen Techniken und Methoden im Falle der E-Psychotherapie

beurteilt wird. Es ging darum die Erkenntnisse und Ansichten der Psychotherapeut*innen darüber, bei welchen Patient*innengruppen und Störungsbildern digitale Psychotherapie geboten scheint, festzuhalten, und welche Meinungen und Einstellungen in der psychotherapeutischen Community darüber herrschen, wie gut oder schlecht sich eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung über Telefon- und Videositzungen herstellen lässt. Die teilweise sehr heterogenen Ansichten und Ergebnisse sollen im Folgenden auszugsweise dargestellt, kommentiert und in einen größeren Phänomen-Zusammenhang eingeordnet werden.⁵

Bei der Interpretation und Auslegung dieses Textmaterials ist zu bedenken, dass der Gesetzgeber in Österreich 22 verschiedene psychotherapeutische Verfahren anerkennt, sowie dass es auch ohne die Frage, ob Psychotherapie digital zweckmäßig ist, sehr viele unterschiedliche Positionen dazu gibt, was Psychotherapie eigentlich bedeutet. Der Schulen- und Methodenpluralismus beeinflusst notwendigerweise auch die Sicht auf die Anschlussfähigkeit der Schultraditionen an telefonisches und videotelefonisches Arbeiten. Es macht einen Unterschied, ob man Patient*innen psychoanalytisch behandelt, wobei Blickabstinenz und das Phänomen des Hörens eine große Rolle spielen, oder ob man verhaltenstherapeutische Expositionstherapie betreibt, um nur zwei große Richtungen und mögliche Implikationen anzudeuten.

Vor- und Nachteile von Telefon- und Videotherapie

Dass Psychotherapie über Telefonie oder Videotelefonie viele Vor- und Nachteile bietet, liegt auf der Hand. Die im Folgenden komprimierte Zusammenfassung dieser Vor- und Nachteile stellt eine Zusammenschau der in den einzelnen Statements der Studienteilnehmer*innen getätigten Äußerungen dar.

Die immer wieder erwähnten Vorteile von Telefon- und Videotherapie sind z. B.: Zeiterparnis; zeitliche und örtliche Flexibilität; Unabhängigkeit von den Verkehrsanbindungen zwischen den Wohnorten der Patient*innen und den Praxen der Psychotherapeut*innen; niedrigere Hemmschwelle für den Beginn einer Psychotherapie, etwa bei Patient*innen mit starker Selbstunsicherheit, großen Ängsten, Zwängen und schweren sozialen Phobien; bei Krisen kann sehr schnell und unkompliziert eine Sitzung vereinbart und damit interveniert werden; Patient*innen werden in der eigenen,

⁴ Zu den soziodemografischen Daten, den Zahlen und Fakten zur Stichprobe, den Detaildarstellungen der Einstellung der Psychotherapeut*innen zur E-Psychotherapie vor und seit der COVID-Krise, der Einstellung zur E-Psychotherapie als eine mit den Krankenkassen abrechenbare Leistung, den verwendeten Geräten und Programmen, zu Aspekten der Gruppentherapie etc. und zum Fragebogen siehe Uhl, Poltrum & Poltrum (2020).

⁵ Zur ausführlichen Darstellung und Interpretation des qualitativen Teils unserer Studie siehe Poltrum, Uhl & Poltrum (2020).

vertrauten und sicheren Umgebung behandelt, ohne sich der Öffentlichkeit aussetzen zu müssen, wenn sie etwa nach einer Behandlung emotional angerührt sind; ältere Menschen, die kaum mehr gehen können, oder Patient*innen mit körperlichen Handicaps wie Gehbehinderungen und/oder Rollstuhl, nach Operationen, mit Bettlägerigkeit, mit Gehstörungen durch Parkinson, Multiple Sklerose oder andere Erkrankungen, bei Risikoschwangerschaften, während der Chemotherapie, alleinerziehende Menschen mit Berufstätigkeit, extremer Zeitknappheit und vielen Verpflichtungen (Betreuung der Kinder, Eltern und Berufstätigkeit) ... können so unkomplizierter oder überhaupt erst an Psychotherapien teilnehmen; störende Therapieunterbrechungen durch Urlaub, einen beruflich bedingten Auslandsaufenthalt usw., die den Behandlungsprozess stören würden, können vermieden oder minimiert werden; Patient*innen, die eine Sprache sprechen, die am Wohnort nicht gesprochen wird, können nur so versorgt werden; etc.

Was als zusätzlicher Vorteil im Falle der Videotherapie ebenfalls Erwähnung fand, ist die Tatsache, dass über die Funktion des Bildschirmteilens, die bei manchen Videotelefonie-Formaten möglich ist, z. B. Texte, Videos und andere Materialien aus dem Internet in die jeweilige therapeutische Intervention mit einbezogen werden können. Auch dass Sitzungen aufgezeichnet werden können, was Patient*innen und Psychotherapeut*innen nachträglich ermöglicht, diese noch einmal anzusehen und durchzuarbeiten.

Ein großer Vorteil bei Behandlungen mit dem Telefon wird von vielen Kolleg*innen auch darin gesehen, dass die Schwelle zum Einstieg in eine Behandlung geringer ist als im Falle der Videotherapie, dass schambesetzte Themen leichter besprochen werden können und dass durch das Wegfallen des Bildes und des Sehens sich die Patient*innen vielleicht sogar noch besser öffnen können. Darüber hinaus betonen einige Psychotherapeut*innen, dass es auch ein Vorteil ist, dass sich Patient*in und Behandler*in im Falle von telefonischen Behandlungen in eine gemütliche und bequeme Liegeposition (Muße-Haltung) bringen können und durch das Wegfallen des Sehfaktors Einsichten und Erkenntnisse ohne Irritationen leichter mitgeschrieben werden können. Sehr oft hervorgehoben werden bei Telefonbehandlungen die besondere Aufmerksamkeit und Schärfung des Hörens sowie der Verweis, dass fehlender Blickkontakt die Innenschau vertiefen würde und das Phänomen des Hörens und die damit gegebene Nähe

über die Stimme ganz besonders zum Tragen komme.⁶

Einer der interessantesten und spannendsten Befunde unserer Untersuchung ist sicher darin zu sehen, dass vieles von dem, was oben explizit als Vorteil beschrieben wurde, durch minimale Verschiebungen der Perspektive und des Kontextes auch als Makel gesehen werden kann. Viele Psychotherapeut*innen haben als Nachteil hervorgehoben, dass z. B. die fehlende leibliche Präsenz bei telefonischen oder videotelefonischen Behandlungen zu diagnostischer Unsicherheit und zum Verlust der therapeutischen Vielfalt führt, dass es den sicheren und geschützten Ordinationsraum braucht und dass sie Patient*innen nicht mit ihren durch die Therapie aktualisierten Sorgen und Problemen daheim zurücklassen möchten, dass es gerade für ängstliche und sozial phobische Patient*innen wichtig sei, ihre Wohnung zu verlassen und in die Ordination zu kommen, und dass sogar der Weg zur Therapie und das Ankommen in der Ordination zur Einstimmung, Vorbereitung und zum Ritual der Behandlung gehören und nicht wegzudenken seien.

Ansichten in Bezug auf Störungsbilder/ Patient*innengruppen, therapeutische Interventionen und Methoden bei E-Psychotherapie

Wenn man die Ansichten der Studienteilnehmer*innen zu den verschiedenen Patient*innengruppen zusammenfasst, bei denen telefonische oder videotherapeutische Interventionen problematisch oder kontraindiziert sind, und umgekehrt die Störungsbilder listet, bei denen die Befragten der Meinung sind, dass e-psychotherapeutische Behandlungen sogar Vorteile bieten und neue therapeutische Möglichkeiten eröffnen, und darüber hinaus die therapeutischen Methoden, Interventionen und Techniken anführt, bei denen die therapeutische Kollegenschaft zur Überzeugung kam, dass sie im Falle der E-Psychotherapie nicht oder trotzdem durchführbar sind, ergibt sich folgende Zusammenschau:

Störungsbilder/Patient*innengruppen, bei denen Telefon- und/oder Videobehandlungen nicht gemacht werden sollten bzw. von Nachteil sind:⁷

⁶ Zur Phänomenologie des Hörens und zur Bedeutung des hörenden Weltbezugs in der Medizin und Psychotherapie vgl. Maio (2017).

⁷ Alle Statements und Zitate der Studienteilnehmer*innen stehen in Anführungszeichen und sind kursiv gesetzt. Die einfachen Absätze innerhalb der einzelnen längeren Zitate wurden im Fragebogen von den Studienteilnehmer*innen

Videobehandlung verstärkt bei Patient*innen mit Depressionen, Ängsten und Sozialphobien das Vermeidungsverhalten – „bei Patient*innen mit Persönlichkeitsstörungen absolut nicht machbar“, ebenso nicht bei Patient*innen mit „Neigung zu psychotischer Verarbeitung“ oder bei „Abklärung der Suizidalität“.

„Wenn Patient*innen sich selbst verletzen oder anorektisch sind bzw. wenn psychotische Zustände entwickelt werden, ist eine schnelle Intervention bei face to face leichter möglich.“

„Bei manchen Patient*innen schwer für Beziehungsgestaltung, insbesondere bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen oder im Erstkontakt.“

„Bei verzweifelten oder panischen Patient*innen ist es viel schwieriger, sie zu trösten, weil der direkte Kontakt fehlt.“

„Deutlich höhere Ablenkung bei ADHS-Klient*innen.“

„Für Kinder unter zehn Jahren konnte meinerseits kein Ersatz für die gewohnte Behandlung online geboten werden.“

„Meiner Erfahrung nach eignet sich die Psychotherapie übers Telefon für eine große Anzahl von Patient*innen. Bei gewissen Störungen (Frühstörungen, schweren Persönlichkeitsstörungen) braucht es die persönliche Begegnung, zumindest am Anfang und zwischendurch.“

Störungsbilder/Patient*innengruppen, bei denen Telefon- und/oder Videobehandlungen von Vorteil sind bzw. sein können:

Depression, Depression mit schwerer Antriebsminderung, Angst, Zwang, Sozialphobien, Agoraphobie, Bakteriophobie – wenn es Patient*innen nicht schaffen, das Haus zu verlassen, oder bei intimen Themen, die im persönlichen Kontakt sonst nicht zur Sprache kämen.

„Ich habe erstaunlich gute Erfahrungen via Videotelefonie mit der jungen Generation gemacht. Darüber hinaus war es möglich, eine meiner Klient*innen in einem Pflegezentrum weiter zu betreuen, was wegen der Vereinsamung total wichtig war.“

selbst gesetzt und in der Wiedergabe hier beibehalten. Die doppelten Absätze zwischen den einzelnen Zitaten sollen anzeigen, dass es sich jeweils um das Statement anderer Studienteilnehmer*innen handelt. Die Studienteilnehmer*innen haben ihre Statements auf viele verschiedene Arten gegendert. Zwecks besserer Lesbarkeit wurde in der Wiedergabe einheitlich gegendert, ohne etwas am Sinn der Aussagen zu ändern.

„Für bestimmte Personengruppen – z. B. Mütter von sehr kleinen bzw. von mehreren Kindern, ältere Menschen, die nicht mehr sehr mobil sind, Menschen mit körperlichen Behinderungen, Personen, die aus anderen Gründen wöchentliche Anfahrten scheuen, oder Menschen mit langen Bürostunden – ist die Möglichkeit der Psychotherapie via Videotelefonie ein echter Gewinn.“

„Ganz besonders auch für mobilitätseingeschränkte Menschen, die es sonst nur schwer schaffen würden (Begleitperson organisieren ...) oder gar nicht schaffen, in die Praxis zu kommen.“

Interventionen, Methoden und Techniken, die im Telefon- und/oder Videosetting nicht anzuwenden oder nur schwer durchzuführen sind:

EMDR; Traumatherapie; Expositionstherapie in realen Räumen; Aufstellungsarbeit; Bretttaufstellung; Familienbrett; Hypnose; Spielen mit Klient*innen im Kindesalter; Brainspotting; Trancen; Imaginationen; Stühlearbeit (Schematherapie); Fantasiereisen (KIP); Strukturaufstellungen, Timeline-Methode, Entspannungsübungen.

„Vor allem tiefenpsychologisch orientierte Therapien sind wohl weniger für die E-Therapie geeignet.“

„Es gab Themen (Trauma-Aufarbeitung), die ich nicht in die Videotelefonie aufnehmen wollte und wo die Verantwortung bei dem/der Psychotherapeut*in ist, um dies gut einschätzen zu können.“

„Als Traumatherapeutin arbeite ich online derzeit eher stabilisierend, bzgl. Traumakonfrontation bin ich zurückhaltend, da die sensorischen Eindrücke doch etwas beschränkter sind.“

„Kreative Methoden können nicht angewendet werden, heikle Themen bleiben eher aus.“

„Die Therapie beschränkt sich auf die verbale Ebene, etliche Therapieinterventionen (Imagination, Rollenspiele ...) können nicht durchgeführt werden.“

„Die Möglichkeit, auch körperlich zu intervenieren, z. B. bei Dissoziationen, fällt weg.“

„Methodische Aspekte, die in der therapeutischen Beziehung wirken (Holding, Containing, Übertragungsgeschehen), können im Online-Setting kaum umgesetzt werden.“

„Körperübungen, EMDR, Raumnutzung, Arbeit mit Visualisierung, tiergestützte Arbeit etc. fallen leider aus.“

Interventionen, Methoden und Techniken, die auch oder gerade im Rahmen von Telefon- und/oder Videositzungen gut durchführbar sind:

Entspannungsübungen; Trancen; Hypnose; Imaginationen; Ressourcenaktivierung.

*„Fantasieübungen, Zeitreisen, Externalisierungen, Sicherer-Ort-Übungen, PMR-Anleitungen und alle Formen der Gesprächsführung“ [Telefonsetting ist gemeint, Anm. der Autor*innen].*

„Es sind sogar Traumatherapie-Methoden online durchführbar, siehe: <https://youtu.be/e4kc6Qg6fE> (Brainspotting-online).“

„Gerade die Kreativität und Spontaneität werden gefördert durch die Abwechslung. Bühnenszenen können vor der Kamera mithilfe von Puppen/Tüchern/Legomännchen/Steinen – u. v. a. m. gestaltet werden, ebenso ausprobiert: die Interviewtechnik, hat wunderbar funktioniert.“

„Angeleitete Entspannung hat sehr gut funktioniert. Ich vermute, durch die nahe Stimme am Ohr über die Kopfhörer wird der Effekt verstärkt.“

„Auch Symbol- und Körperarbeit wie auch kreative Methoden, sind gut für Videobetreuung geeignet.“

„Es war auch gut möglich, via Telefon Imaginationen durchzuführen.“

„Arbeite auch sehr viel mit Brainspotting – auch diese Methode funktioniert wunderbar über Video und Telefon.“

„In der Gruppentherapie wurden vor allem Körperwahrnehmungsübungen und geführte Imaginationenübungen als angenehmer im eigenen Umfeld erlebt. Auch die Intimität vom Breakout Room fand guten Anklang.“

„Überraschenderweise sind auch hier Übertragung/Gegenübertragungsphänomene beobachtbar, bearbeitbar“ [Videobehandlungen sind gemeint, Anm. der Autoren].

„Es können auch Übungen gemeinsam gemacht werden (z. B. Entspannungseinheit, Atemübung bei Angst/Panik, guter innerer Ort etc.). Ich habe sogar mit kreativen Medien (Zeichnung) arbeiten können.“

„Auch, wenn vorher keine Face-to-Face-Sitzungen stattgefunden haben, ist es per Videotelefonie gut möglich, ein stabiles Arbeitsbündnis herzustellen. Anleitung zu Imaginationen, Körperübungen, sogar Kunsttherapie ist ebenso gut möglich.“

Warum die einen Kolleg*innen meinen, dass Traumatherapien, Hypnososen, Trancen, Imaginationen, Brainspotting, Körperübungen, das Arbeiten mit kreativen Methoden, die Beobachtung und Bearbeitung von Übertragungs- und Gegenübertragungsphänomenen usw. bei E-Psychotherapien möglich sind, und warum die anderen vertreten, dass dies nicht ginge, bleibt teilweise unklar, da in den getätigten Statements Begründungen für die jeweiligen Ansichten meistens fehlen. Interessant sind diese widersprüchlichen Aussagen aber in jedem Fall, da sie zeigen, dass möglicherweise die Persönlichkeit, die Voreinstellung und Bereitschaft der jeweiligen Kollegin bzw. des jeweiligen Kollegen, sich auf E-Psychotherapien einzulassen, hier eine große Rolle spielt. In Bezug auf Störungsbilder, wie z. B. sozialen Phobien, bei denen E-Psychotherapie von vielen Kolleg*innen entweder als Segen oder als Fluch angesehen wird, lässt sich argumentieren, dass die unterschiedlichen Meinungen der Kolleg*innenschaft hier möglicherweise in einen Konsens münden könnten, wenn man verschiedene Ausprägungen und Krankheitsstadien unterscheiden würde.

So ist es z. B. absolut geboten, im Falle von schweren sozialen Phobien und Ängsten, die es für Betroffene unmöglich machen, das Haus zu verlassen, Behandlungen zunächst über E-Psychotherapien einzuleiten und ab dem Moment, in dem die Therapie fruchtet und sich die Betroffenen wieder in die Öffentlichkeit trauen, auf Face-to-Face-Sitzungen in der Ordination zu bestehen, um Vermeidungsverhalten zu unterbinden.

Meinungen und Einstellungen zur therapeutischen Beziehung bei E-Psychotherapie

Ein weiteres, sehr spannendes Thema unserer Untersuchung, das über keine Frage von uns explizit angesprochen wurde, das jedoch sehr viele Befragte von sich aus thematisiert und zur Sprache gebracht haben, ist das Thema der Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung, das ja gerade in der Psychotherapie als eine Art „Heiliges Land“ gilt (vgl. Boss, 1979; Henry & Strupp, 1994; Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Brücher, 2015), da die therapeutische Zunft da-

von überzeugt ist, dass die Effektivität und der Erfolg von psychotherapeutischen Behandlungen stark mit der Qualität der therapeutischen Beziehung zusammenhängt. Auch hier gibt es sehr viele heterogene und unterschiedliche Statements. Diese reichen von der Überzeugung, dass therapeutische Beziehungen im Falle von Telefonie und/oder Videotelefonie extrem leiden oder sogar verunmöglicht würden, bis zur gegenteiligen Überzeugung, dass die Patient*innen-Therapeut*innen-Beziehung im Rahmen der E-Psychotherapie gleich gut herzustellen sei bzw. sogar intensiviert werden könne. Dazu zwei Zitate, ein kritisches und ein affirmatives:

*„DAS IST KEINE PSYCHOTHERAPIE, im besten Fall ist das, was man mit Videotelefonie erreichen kann, KRISENINTERVENTION oder BERATUNG. Das, was in einer Psychotherapie heilt, ist die Beziehung und die ist nicht medial zu vermitteln. Ich muss sehen und hören, wie ein Mensch atmet, wie seine Körpersprache ist. Ich möchte ihm beistehen können. Mit Video oder Telefon ist er in Wirklichkeit nicht erreichbar. Ich kann mich nur an der Oberfläche bewegen. Viele Traumata sind im Körpergedächtnis gespeichert. Ich würde niemals eine*n Patient*in an seine Traumata heranführen, wenn ich ihm/ihr nicht persönlich, von Angesicht zu Angesicht, gegenüberstehen kann und ihm/ihr vermitteln kann, WIR halten das aus, wir stehen das durch und Sie sind nicht mehr alleine.“*

*„Therapie über Videotelefonie bildet durch Bild und Ton fast alle Wahrnehmungskanäle ab. Erfahrungsgemäß kann man sehr gut so arbeiten (auch Trauma-therapeutisch; Imaginationen; Körperwahrnehmungsarbeiten). Durch die Verwendung von end-to-end-verschlüsselten Medien ist auch der Datenschutz gewährleistet. Die Erfahrung, die Klient*innen und auch ich als Therapeutin mit dem Einsatz der Videotelefonie gemacht haben, hat die therapeutische Beziehung z.T. intensiviert. In Einzelfällen hat die zusätzliche Distanz auch manche Prozesse erst ermöglicht. Als Therapeutin hat mir die Videotelefonie mein Einkommen gesichert.“*

Es ist vollkommen klar, dass die therapeutische Beziehung das Um und Auf der psychotherapeutischen Behandlung darstellt. Wie sollen sich die Patient*innen gegenüber ihren Therapeut*innen auch öffnen, ohne zu vertrauen und ohne zu glauben, dass der/die Behandler*in all das Angstbesetzte, Schamhafte, Peinliche und Irrationale, das während einer Therapie zur Sprache gebracht wird, wertfrei, professionell und behutsam aufnimmt, mitzu-

verdauen und mitzuverwandeln hilft. Ohne starke und haltende therapeutische Beziehung ist es schwer vorstellbar, dass Psychotherapie wirkt.

Doch was macht die Qualität einer Beziehung und was die Qualität einer therapeutischen Beziehung aus?

Vielleicht kann an dieser Stelle all jenen Kolleg*innen, die skeptisch in Bezug auf die Qualität der therapeutischen Beziehung bei E-Psychotherapien sind, durch einen Vergleich und einen Verweis auf den nicht-therapeutischen Beziehungsbereich geantwortet werden.

Was die Digitalisierung zeigt, ist, dass Liebesbeziehungen, Freundschaften und Co. heute oft zunächst online geknüpft werden und so überhaupt erst zustande kommen. Darüber hinaus gibt es viele Menschen, die Fernbeziehungen führen. Sie lernen sich z. B. auf Kongressen kennen, verlieben sich, lieben sich und sind aufgrund von beruflichen und familiären Verpflichtungen nicht in der Lage, den Lebensmittelpunkt zu verlegen. Sie sehen sich daher phasenweise nur zweimal pro Monat oder noch seltener. Daneben gibt es Partnerschaften und Lebensgemeinschaften, die seit Jahren bestehen, man sieht sich täglich mehrere Stunden und die Beziehung ist trotzdem oder deswegen tot.

Nicht zu vergessen ist, dass es einmal eine Zeit und Epoche gab, in der sich Menschen noch Briefe schrieben und eine ganze Kultur der Beziehungspflege über Tinte und Papier stattfand. Das beste Beispiel hierzu ist Sigmund Freud, der Vater der Psychotherapie, der keinen Tag ohne Korrespondenzen beendete und in seinem Leben an die 20000 Briefe schrieb. Allein sein Briefwechsel mit Ludwig Binswanger, dem Begründer der daseinsanalytischen Psychotherapie, der Freud gemeinsam mit C. G. Jung Ende Februar 1907 in Wien besuchte, zählt 83 Briefe und acht Postkarten, obwohl sich beide Männer insgesamt nur dreimal im Leben trafen (vgl. Binswanger, 1956). In diesen Briefen zeigt sich sehr stark die innige und freundschaftliche Beziehung der beiden Kollegen, das ehrliche Interesse am anderen und der Wunsch des Fortbestands des gegenseitigen In-Beziehung-Tretens, das Bedürfnis nach Begegnung, was so viel bedeutet wie in die Gegend zu gehen, in welcher der jeweils andere zu Hause ist.

Hängt die Qualität einer Beziehung – auch einer psychotherapeutischen Beziehung – wirklich davon ab, ob eine permanente physisch-leibliche Präsenz und Anwesenheit in einem realen Raum gegeben ist?

Schlussbetrachtung und Zusammenfassung

Unsere Untersuchung hat gezeigt, dass von den 717 befragten Psychotherapeut*innen nur ein Drittel die Option einer E-Psychotherapie bereits vor der COVID-Krise positiv einschätzte und dass inzwischen rund zwei Drittel der österreichischen Kollegenschaft diese Option generell positiv beurteilen, wobei fast 90 Prozent finden, dass E-Psychotherapie in bestimmten vorübergehenden Situationen ein sinnvolles Angebot darstellt.

71 Prozent der befragten Psychotherapeut*innen sind dafür, E-Psychotherapie als generell abrechenbare Leistung in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufzunehmen, und 94 Prozent treten für die Kassenfinanzierung von E-Psychotherapie in Ausnahmesituationen ein. Ob und wie solche Ausnahmesituationen zu definieren wären und ob es sinnvoll wäre, hier generalisierende Leitlinien vorzugeben, steht auf einem anderen Blatt. Letzteres wird von den Autor*innen dieser Studie eher bezweifelt. Wenn es stimmt, dass „jeder neue Fall, der gründliche Behandlung erfordert, bedeutet Pionierarbeit“ zu leisten, wie C. G. Jung (1973, S. 25) einmal meinte, dann kann über Richtlinien und Leitlinien kaum oder nur sehr eingeschränkt geregelt werden, wann E-Psychotherapie erlaubt sein soll und wann nicht und in welcher Phase der Behandlung das bei welcher Störung und welchem Schweregrad der jeweiligen Störung sein darf und wann nicht.

Ebenfalls fragwürdig erscheint eine Bestimmung, die starr regelt, dass nur ein bestimmter Prozentsatz der Behandlungen über E-Psychotherapien erlaubt sein soll, weil das nicht auf die spezifischen Rahmenbedingungen einzelner Therapeut*innen und Patient*innen abzielt.

Wenn man das regeln möchte, wären hier 20 Prozent adäquat, wie das in Deutschland geregelt ist, oder 25 Prozent, wie es von Peter Stippel, dem Präsidenten des Österreichischen Bundesverbands für Psychotherapie, für Österreich vorgeschlagen wurde – oder wäre eine noch liberalere Regelung, wie halbe-halbe angemessen?

Sollte es Post-Corona in Österreich zu einer Aufweichung der Vor-Corona-Position kommen – was sehr wünschenswert wäre –, müssten all diese Fragen von einer breit angelegten Expert*innen-Kommission mit Therapeut*innen, die Erfahrungen mit E-Psychotherapie gemacht bzw. Studien zu diesem Thema durchgeführt haben, erörtert werden. Diese Erfahrungen und Ergebnisse sollten in etwaige Richtlinien maßgeblich einfließen.

In jedem Fall gilt es, drei Gefahren abzuwenden: Erstens, dass Patient*innen diese Behandlungsoption verwehrt und vorenthalten wird, wenn Face-to-Face-Sitzungen nicht möglich sind. Zweitens, dass sich Psychotherapeut*innen, nachdem nun viele positive Erfahrungen mit der telefonischen und videotelefonischen Behandlung vorliegen, im Falle der Rückkehr zur alten Verbotsregel, im Interesse der Patient*innen genötigt sehen, e-psychotherapeutische Interventionen hin und wieder illegal – also trotz Verbot – anzuwenden. Drittens, dass es aus Gründen der Bequemlichkeit oder aus finanziellen Gründen aufseiten der Patient*innen oder der Psychotherapeut*innen zu deutlich weniger Face-to-Face-Settings kommt, auch dann, wenn Face-to-Face-Settings in den jeweiligen Fällen erheblich angemessener wären.

In jedem Fall wird es spannend sein zu beobachten, wie es Post-Corona mit der e-psychotherapeutischen Versorgung in Österreich weitergeht.

Literatur

- Binswanger, L. (1956). *Erinnerungen an Sigmund Freud*. Bern: Francke.
- Boss, M. (1979). Begegnung in der Psychotherapie. In M. Boss (Hrsg.), *Von der Psychoanalyse zur Daseinsanalyse. Vortrag von 1964* (S. 287–294). Wien: Europa-Verlag.
- Brücher, K. (2015). Psychotherapeuten, Prostituierte und andere. Ein Strukturmodell der therapeutischen Beziehung mit einem Seitenblick auf Jaspers. In J. Zimmermann, W. Gräßler, C. Stülz & M. Heinze (Hrsg.), *Psychotherapie, Naturwissenschaft und Religion* (S. 131–149). Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Cook, J. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: preliminary results. *Cyber Psychology & Behaviour*, 5(2), 95–105.
- Eichenberg, C. (2020). Psychotherapie in der Coronakrise: Trendwende in der Online-Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 6, 255–256. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/214316/Psychotherapie-in-der-Coronakrise-Trendwende-in-der-Online-Psychotherapie#literatur> (abgerufen am 25.11.2020).
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Henry, W. P. & Strupp, H. H. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 51–84). New York: Wiley.

- Jung, C. G. (1973). *Die Psychologie der Übertragung. Erläutert anhand einer alchimistischen Bilderserie*. Olten: Walter.
- Maio, G. (Hrsg.). (2017). *Auf den Menschen hören. Für eine Kultur der Aufmerksamkeit in der Medizin*. Freiburg i. Br.: Herder.
- Poltrum, M., Uhl, A. & Poltrum, H. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – qualitative Analyse. *SFU Research Bulletin*, 2, 1–24. doi:10.15135/2020.8.2.1-24
- Simpson, S. G. & Reid, C. C. (2014). Therapeutic alliance in videoconferencing psychotherapy: a review. *Australian Journal of Rural Health*, 22(6), 280–299.
- Uhl, A., Poltrum, M. & Poltrum, H. (2020). Psychotherapie im Zeitalter von Digitalisierung und Corona. Studienergebnisse zum Potenzial von E-Psychotherapie in Österreich – quantitative Analyse. *SFU Research Bulletin*, 2, 25–62. doi:10.15135/2020.8.2.25-62



Univ.-Prof. Dr. Martin Poltrum

Professor für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien, Philosoph, Psychotherapeut, Lehrtherapeut
martin.poltrum@sfu.ac.at



Priv.-Doz. Dr. Alfred Uhl

Gesundheitspsychologe, seit 1977 in der Suchtforschung tätig. Abteilungsleiter-Stellvertreter des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH und stellvertretender Leiter des englischen PhD-Programms der Fakultät für Psychotherapiewissenschaft an der Sigmund-Freud-Privatuniversität in Wien. Forschungsschwerpunkte: Epidemiologie, Prävention, Suchtpolitik, Evaluation, Forschungsmethodologie.
alfred.uhl@uhls.at



Hannah Poltrum, M.Sc.

Studium der Psychologie an der Sigmund-Freud-Privatuniversität Wien.
hannah-poltrum@gmx.at

Grundfragen zur Evaluation von digitalen Health-Tools

Felix Tretter

Zusammenfassung

Die Digitalisierung der Therapie und Prävention schreitet rasant voran. Zunehmend wird dieser Bereich von den IKT-Konzernen besetzt, ohne dass die Fachwelt bisher ausreichende Qualitätskriterien formulieren konnte. Auch besteht im Zuge der digitalen Transformation unserer Gegenwartsgesellschaft eine wachsende Informationsasymmetrie zwischen dem Individuum und den IKT-Konzernen. Das betrifft auch den Gesundheitsbereich, vor allem die Nutzung von Gesundheits-Apps auch im präventiven bzw. therapeutischen Kontext. Es fehlen in dieser Hinsicht Instrumente und Prozeduren des Qualitätsbewertung solcher digitalen Instrumente. Einige Hinweise in diese Richtung werden eingebracht.

Schlüsselwörter: Geschichte der digitalen Instrumente in der Psychiatrie, Digitaler Humanismus, Ethik der Digitalisierung, Validität, Qualitätsbewertung der digitalen Gesundheitstechnologien

Summary

The digitalization of therapy and prevention is advancing rapidly. Increasingly, this area is being occupied by ICT corporations, without the community of health professionals having been able to formulate sufficient quality criteria to date. There is also a growing asymmetry of information between the individual and the ICT corporations in the course of the digital transformation of our contemporary society. This also affects the health sector, especially the use of health apps even in a preventive or therapeutic context. In this respect, there is a lack of instruments and procedures for the quality assessment of such digital tools. Some indications in this direction are introduced.

Keywords: history of digital tools in psychiatry, digital humanism, ethics of digitalization, validity, quality assessment of digital health technologies

1 Frühstadien der dezentralen Digitalisierung im psychiatrischen Kontext

Um es gleich zu Anfang zu sagen: Der Autor ist ein Techno-Freak und so war er einer der ersten Psychiater, die den breiten Einsatz digitaler Instrumente der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) in der Psychiatrie untersuchten und in der Praxis erprobten. Gemeinsam mit einem Team sondierte der Autor in einem Großklinikum bei München Mitte der 1980er Jahre, welche Optionen die damals neuen kleinen Computer, die Personal Computer (PC), für die psychiatrischen Patienten, vor

allem jene, die in der Klinik sein mussten, mit sich bringen. Diese PCs konnten in der Diagnostik, der Therapie, der Rehabilitation und in der Freizeit sinnvoll verwendet werden. Es sollte auch die Befähigung der psychisch Kranken zur Teilhabe an der sich abzeichnenden digitalen Gesellschaft gefördert werden. Allerdings war die Haltung der „Psycho-Experten“, also der Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten extrem ablehnend gegenüber diesem Projekt. Zur Stärkung dieser Initiative wurde vom Autor und KollegInnen ein Rehabilitationsverein für psychisch Kranke gegründet, der diese Projekte, die über ehrenamtliche Arbeit erfolgten, institutionalisieren konnte.

Anmerkung: Die Kennzeichnung der Geschlechter wird an Stellen, wo es semantisch sinnvoll ist, differenziert verwendet. Zur Steigerung der Lesbarkeit des Textes soll allerdings bei undifferenzierten Funktionsbegriffen das Geschriebene im Sinne der Gender-Regeln nach Duden gelesen werden.

So erfolgte zunächst der Einsatz von einfachen Rechenprogrammen, Rätselprogrammen, Gedächtnisübungen in Anlehnung an Papier-Bleistift-Übungen in der Gerontopsychiatrie bei Menschen mit *dementiellen Symptomen* als Baustein des kognitiven Trainings, ebenso bei Menschen mit *schizophrenen Störungen* mit hebephrenen Anteilen und natürlich bei *Suchtkranken* mit kognitiven Defiziten. Darüber hinaus wurde mit den MS-Office-Programmen, insbesondere mit „Word“, im Rahmen der Arbeitstherapie der Umgang mit elektronischer Textverarbeitung vermittelt. Ein besonderes Thema in unserer Gruppe war das Risikopotenzial der damaligen *Computerspiele* für die Entwicklung einer Spielsucht, insbesondere bei Kindern. Auch die Bedeutung der Kybernetik für die theoretische Psychiatrie, die es ja eigentlich weder damals gab noch heute gibt, wurde diskutiert. Es wurden von uns zu diesen Themen nationale Konferenzen organisiert und darüber schließlich eine Buchpublikation erstellt (Tretter & Goldhorn, 1993). Unsere Position damals war jene von „kritischen Sympathisanten“, die überzeugt vom Nutzen dieser neuen Technologien waren, aber auch ausdrücklich die Risiken ansprachen und versuchten, Regeln für den vernünftigen Umgang mit den digitalen Instrumenten zu entwickeln, insbesondere was den süchtigen Gebrauch von Computerspielen betrifft. Unsere Diskussionskultur war damals von einer Pro-und-Contra-Haltung geprägt, die versuchte, Nutzen und Risiken *gemeinsam* in den Blick zu nehmen (Tabelle 1). Heute scheint die Debatte sehr polarisiert zu sein.

Zu jener Zeit waren die Programme und vor allem die Betriebssysteme (MS-DOS) allerdings einigermaßen transparent, und manche Kollegen, wie der Arzt und Diplom-Psychologe Klaus Marker, entwickelten spezielle, immer professioneller werdende Software-Pakete für psychiatrische Störungen, und zwar institutionell im Bereich der Forschung in Kooperation mit dem Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI) in Mannheim (Marker, 2021).

Nach zunächst kollegialer Nutzung von Beta-Versionen kaufte auch unsere Klinik diese Software (COGPACK®) von Klaus Marker, der mittlerweile die Firma Markersoftware gründen musste. Die Updates wurden zunächst mit CD-ROMs zugesandt. Bei Problemen wurde telefoniert. Im Laufe der Jahre trat allerdings etwas ein, das der Organisationseffizienz dieser Software-Firma geschuldet war, nämlich, dass die Updates via Internet verschickt wurden und die gesamte Software-Betreuung durch die Firma erfolgte: es konnte ja bei Problemen nicht ein Experte von Mannheim nach München fahren und Fehlersuche betreiben! Das war

Nutzen	Risiko
<ul style="list-style-type: none"> - motivationale Aktivierung - Stimulation d. Vigilanz - Induktion sozialer Aktivitäten - Entwicklung von „Computerkompetenz“ - Steigerung des Selbstwertgefühls - Kognitive Aktivierung - Schulung im Denkablauf - Standardisierung der Leistungen - systematisches Aufbaustraining - Entlastung der Therapeuten - Beobachtung von Interaktionszyklen - aktive Freizeitgestaltung 	<ul style="list-style-type: none"> - Überforderung („Computer-Stress“) - Verwirrung (Programmebenen) - Deformation der Denkabläufe - Derealisation - süchtige Bindung - evtl. toxische Stoffe

Tabelle 1

Nutzen-Risiko-Tabelle für IT-Einsatz im psychiatrischen Kontext (Tretter, 1993, S. 33)

dann auch eine Zeit, zu der die krankenhausinterne Abteilung für Informationstechnik (IT) die Administration der immer differenzierter werdenden Programme übernahm (Installation der Updates, Fehlersuche usw.). Damit trat eine zunehmende Professionalisierung und auch eine gewisse Entfremdung der bisher weitgehend ehrenamtlich Tätigen ein, die sich zunehmend aus diesem Bereich zurückzogen und ihre Kompetenzen an ErgotherapeutInnen weitergaben, die ihrerseits zunehmend in ihren Ausbildungsgängen geeignete Computerprogramme vermittelt bekamen.

Mittlerweile hat die Digitalisierung vor allem durch die Smartphones als Endgeräte und durch die IKT-Infrastruktur der digitalen Konzerne neue Stufen erreicht und die Software für psychiatrische PatientInnen, so auch SuchtpatientInnen, ist ein nahezu ausufernder Bereich geworden (Chiauzzi & Newell, 2019). Dies geschieht im Kontext der aktuellen allgemeinen digitalen Transformation der Gesellschaft, die ökonomisch getrieben und wenig durch Qualitätsmanagement limitiert ist. Das soll hier kurz beleuchtet werden.

2 Digitalisierung heute – das Schlechte vom Guten

Die zunehmende Ausbreitung der digitalen Technologien in alle Lebensbereiche ist allseits bekannt (Floridi, 2014). Die digitalen Instrumente, wie vor allem die Mobiltelefone mit ihren universellen Funktionen (z. B. Schritte zählen), bedienen Bedürfnisse der Menschen als Mängelwesen im Sinne von Johann Gottfried Herder und Arnold Gehlen zur Funktionssteigerung, wobei eine „natürliche Künstlichkeit“ nach Helmuth Plessner zur Geltung kommt (Tretter & Blachfellner, 2020). Das ist die gute Seite der Digitalisierung. Das Besondere dabei ist, dass die Digitalisierung für den Nutzer „free“ zu sein scheint, man bräuchte als Anbieter digitaler Dienste nur ein paar Daten. Allerdings baut die IKT-Industrie mittlerweile

eine eigene Ökonomie-Ebene auf, nämlich die *Datenwirtschaft*, wobei personalisierte Daten (Alter, Geschlecht, Wohnadresse, etc.) zwar zwecks Anonymisierung bzw. Pseudonymisierung aggregiert werden, aber im Prinzip wieder desaggregiert und damit „personalisiert“ werden können (Rocher et al., 2019): Bereits die Angabe von 15 Merkmalen kann unter Einbeziehung des Einwohnermelderegisters zu einer Re-Identifikation der Person mit nahezu 100 Prozent Treffersicherheit führen. Mittlerweile werden nicht nur im Dunkelfeld der kommerziellen Verwertung Daten erhoben, sondern bereits über die sogenannte Einverständniserklärung nach dem Datenschutzgesetz wird das „transparent intransparente“ Monitoring des digitalen Verhaltens genauestens und umfassend durchgeführt: Frequenz der besuchten Internetseiten, Dauer deren Betrachtung, E-Mail-Aktivitäten, Stärke und Intervall der Tastaturbetätigung usw. werden gesammelt. Viele Menschen sagen dazu, dass sie nichts zu verbergen hätten. Allerdings sind gesundheitsbezogene Daten mittlerweile die teuersten Güter am Datenmarkt. Was nicht erhältlich ist, kann gehackt werden.

Die Digitalisierung zeigt also mehrere Ebenen und Interaktionsprozesse (Krüger-Brand et al., 2020; Abbildung 1): Zunächst geht es um das jeweilige Endgerät des Nutzers, etwa in Form des Mobiltelefons, dessen Hardware-Entwicklung (z. B. Sensoren) im Vergleich zur Software-Entwicklung eher nicht mehr in großen Sprüngen weiter voranschreiten dürfte. Die Anbieter dieser Geräte inklusive der IKT-Dienstleistungen (z. B. Cloud) sammeln bereits Daten und versuchen durch neue Dienstleistungen immer mehr Daten zu bekommen. Diese werden dann

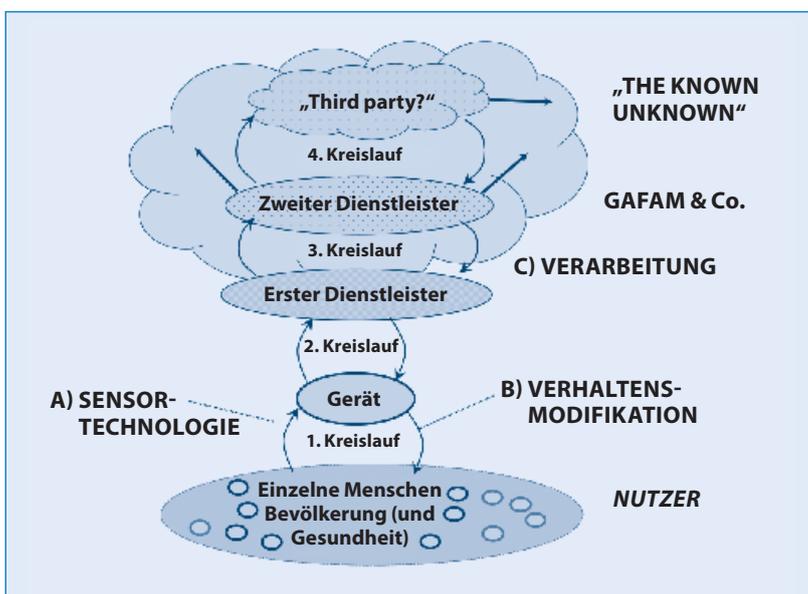
von den bekannten Großkonzernen wie Google (G), Apple (A), Facebook (F), Amazon (A) und Microsoft (M), kurz: GAFAM, verarbeitet und weiter an Datenbroker verkauft. Diese Ebenen zeigen durch spezifische Wirkungskreisläufe eine Eigendynamik, die nur Insider kennen (Hofstetter, 2014; Wolff, 2020).

Das Problematische daran ist, dass der expansive Digitalisierungsprozess mit dem Narrativ kommuniziert wird, dass „alles zum Besten des Nutzers“ erfolgt (Gesundheit, Sicherheit usw.): Wer kann denn da etwas dagegen haben? Außerdem weiß die IKT-Wirtschaft mit Hilfe von Artificial Intelligence mehr über den Nutzer als dieser selbst, zumindest behauptet sie das. Damit wird eine Informationsasymmetrie konstruiert, die viele Nutzer der IKT mehr oder weniger resigniert akzeptieren. Diese Informations- und Machtasymmetrie zwischen GFAM-Strukturen und den einzelnen Menschen führt zu einer hohen, aber virtuellen Fremdbestimmung der einzelnen Menschen, die schlichtweg überfordert sind (Helbing et al., 2015; Tretter, 2017; Grunwald, 2018). Dies gefährdet auch die Demokratie (Schirmacher, 2015; Hofstetter, 2018). Allerdings hat diese Situation zuletzt auch zu einigen Initiativen geführt, die mehr Humanismus in die digitale Transformation bringen sollen: der Philosoph Julian Nida-Rümelin und die Filmwissenschaftlerin Natalie Weidenfeld (Nida-Rümelin & Weidenfeld, 2018) haben einen „Digitalen Humanismus“ propagiert, der auch von einer davon unabhängigen gleichnamigen Initiative des Wiener Informatikers Hannes Werthner (2019) und letztlich der Position der Stadt Wien entspricht. Mit dieser Ausrichtung solle eine humane Digitalisierung ermöglicht werden, die den Menschen als autonomen Akteur respektiert.

Besonderes im Bereich „Gesundheit“, der als Wirtschaftsbereich schon vor der universellen Digitalisierung ein wachsendes Geschäftsfeld war, hat sich die Digitalisierung in problematischer Form eingewoben (WHO, 2016; SVSR, 2016; DER SPIEGEL, 2019; Tretter et al., 2019; Köckler et al., 2020). Und zwar – dank Corona – hat sich eine zunehmende imperative Moralität ausgebreitet: „Was, Sie haben noch keine Corona-App am Handy?“ Interessanterweise ist in diesem Bereich der Digitalisierung von Gesundheit gerade die Qualitätssicherung nicht vorangekommen: Wenngleich 2018/2019 in Deutschland eine rege Fachdebatte aufgenommen war (Deutscher Ethikrat, 2019; Bertelsmann-Stiftung, 2019; BCSSS, 2020), hat die seither bestehende Corona-Krise diese kritische Debatte nahezu stillgelegt. Im Gegenteil: Corona hat eine *positive Konnotation der Digitalisierung* erzeugt, und zwar über Home Office,

Abbildung 1

Struktur des Systems der IKT mit verschiedenen Ebenen und Prozess- bzw. Informationskreisläufen. Quelle: Tretter, 2020, eigene Darstellung



Home Schooling, Video-Konferenzen, usw. die sich weltweit ausgebreitet haben. So ist jeder Mensch – auch der Autor – froh, dass die Lockdowns dadurch erträglicher wurden. Dieses Ausmaß an Digitalisierung wird sich auch nicht mehr rückführen lassen, die Menschen haben sich an diese Umformung ihres Lebens, bedingt durch das „Distancing“, gewöhnt (Weibel, 2020). Es führt zu einer Veränderung der Lebenswelt der Menschen mit unvorstellbarer Form und Ausmaß: Sprechende Roboter im Gesundheitsbereich (Batschkus, 2018), und durch die exzessive Nutzung digitaler Technologien werden auch Veränderungen in der mentalen Informationsverarbeitung diskutiert (Spitzer, 2012)

Die Qualitätsbewertung von Gesundheitsapps ist zwar schon länger eingefordert worden (Stojanov et al., 2015; Nouri et al., 2018; McKay et al., 2019), sie geht aber erst zögerlich los. So ist eine Diskussion über die Qualitätskriterien, beispielsweise was die Corona-Apps betrifft, nahezu zum Stillstand gekommen (BBC, 2020). Hier sollen daher einige grundlegende Qualitätskriterien von Gesundheits-Apps angesprochen werden.

3 Qualitätsaspekte – Ein Bewertungsrahmen für digitale Instrumente im Gesundheitssektor

Gerade bei verzweifelten Suchtkranken bieten sich Anti-Sucht-Apps an. So hat neuerdings das Zentrainstitut für Seelische Gesundheit in Mannheim wieder Forschungsinitiativen ergriffen, bei denen im Kontext von verhaltenstherapeutischen Programmen die Rückfalldispositionen der KlientInnen via Smartphone-Apps gemonitort werden. Diese Methode soll situationsabhängiges suchtrelevantes Befinden erfassen. Bei Risikokonstellationen sollen Hilfsangebote via SMS oder E-Mail an die KlientInnen gesendet werden. Diese Methoden heißen „Ecological Momentary Monitoring“, das „Ecological Momentary Assessment“ (EMA) und die „Ecological Momentary Interventions“ (EMI; ZI, 2021). Bei diesen Apps können die KlientInnen jederzeit ihr Befinden (z. B. Craving) eingeben und sie werden dann über einen zentralen Server „bedient“, der ihnen einige Verhaltensoptionen anbietet. Ihr Nutzen ist scheinbar gut belegt und so wurden derartige Applikationen bereits parallel zu den Forschungsprojekten probatorisch und pragmatisch in der Praxis der Suchthilfe eingesetzt, und zwar ambulant wie auch stationär. So bietet der Selbsthilfeverband *Blaues Kreuz* eine App zur Sekundärprävention

und Rückfallprophylaxe an, die Wissensselemente mit interaktiven Funktionen kombiniert (*Blaues Kreuz*, 2021):

„So können sich Nutzerinnen und Nutzer entweder an den blu:Bot – eine automatisierte Chatfunktion – oder aber an einen menschlichen Coach wenden. Darüber hinaus unterstützt sie dabei, das eigene Suchtverhalten kritisch zu reflektieren. Beim Thema ‚Alkohol‘ werden beispielsweise das persönliche Limit und der tatsächliche Konsum miteinander verglichen. Hierfür steht die Funktion CALC zur Verfügung. Die App widmet sich aber nicht nur stofflichen, sondern auch nichtstofflich gebundenen Süchten, wie Gaming oder Spielsucht.“

Ein anderer vielversprechender Einsatzbereich digitaler Technologien in der Psychiatrie ist Training durch Techniken zur virtuellen Realität (Kim & Kim, 2021).

Diese Individualisierung der Prävention und Therapie ist aus der Sicht der Suchttherapie allerdings genau der entgegengesetzte Weg, da Suchttherapie am erfolgreichsten ist, wenn die KlientInnen in eine therapeutische oder rehabilitative Gruppe eingebunden sind. Dies hat die Geschichte der Psychotherapie der Sucht gezeigt, wobei vor allem den Selbsthilfegruppen bereits früh ein entsprechender Stellenwert zugeschrieben werden musste. Auch die Entwöhnungstherapieeinrichtungen arbeiten gruppenbasiert. Insbesondere auch therapeutische Gemeinschaften, etwa Synanon für Heroinabhängige, waren eine Option, die schwer erkrankten Suchtmittelabhängigen eine neue Lebensperspektive gaben, und zwar indem sie rundum alle wesentlichen Lebensbereiche umfassten. Allerdings waren die Anfänge jener therapeutischen Konzepte auch in einen Zeitgeist des Sozialen eingebettet, der sich in Deutschland in den 1960er und 1970er Jahren zunächst mit einem Schuss Sozialutopie, aber dann auch unter Anerkennung der Rentenversicherungsträger im professionellen Rahmen etablierte. In den 2010er Jahren zeigte sich zunehmend der Trend zur Individualisierung der Therapie, wenngleich die Gruppenbasierung nicht aufgegeben wurde. Es hat sich mittlerweile allerdings allgemein ein wesentlich individuellerer Lebensentwurf etabliert („Ich-AG“), der sich gegenwärtig gerade durch Corona verschärft hat.

Die rapide Entwicklung derartiger Gesundheits-Apps erfordert wegen des hohen Gutes „Gesundheit“ eine Qualitätssicherung (QS), also ein Health Technology Assessment. Das betrifft nicht nur die Prozeduren, sondern vor allem die Entwicklung geeigneter Instrumente

der QS. Im Jahr 2019 hat sich unter der Leitung von Roland Scholz (ETH Zürich) und Ortwin Renn (IAS Potsdam) eine Gruppe von Experten, unter Mitwirkung des Autors, mit den gesamtgesellschaftlichen unerwünschten Nebenwirkungen der Digitalisierung befasst. Neben dem ungenügenden Datenschutz und den negativen Aspekten der Social Media war auch das Thema Gesundheit ein Bereich, der ausführlicher behandelt wurde (Scholz et al., 2021).

Mehrere Aspekte wurden dabei hervorgehoben (Tretter et al., 2019; Tretter, 2020):

1. *Was ist „Gesundheit“? Wie wird dies definiert?*

Bewegung ist gesund, aber Gesundheit ist mehr als Bewegung. Mobilitätsverhalten 24 Stunden aufzuzeichnen, macht individuell wenig wirklichen Sinn („Gestern habe ich zehn Schritte mehr gemacht“), aber der App-Anbieter erreicht die völlige Kontrolle, indem parallel dazu andere Aktivitäten, wie Telefonieren, Internetnutzung usw. registriert werden. Für qualifizierte Gesundheits-Apps muss deshalb ebenfalls das Kriterium der evidenzbasierten Medizin gelten. Es muss deutlich gemacht werden, dass die Apps tatsächliche, messbare Effekte im Outcome haben.

2. *Die Bedeutung der Daten der Apps für die Gesundheitsberufler.*

Die digitalen Daten erzeugen eine Irritation in der Therapeut-Patient-Beziehung, wenn diese Daten nicht bloß als Zusatzinformation fungieren. PatientInnen meinen häufig, dass Dr. Google mehr vom jeweiligen Gesundheitsproblem versteht als der Arzt bzw. die Ärztin. Hier müssen Grenzen gezogen werden, denn IKT soll nur ein Instrument in einem übergeordneten Kontext sein. Allerdings müssen Gesundheitsberufe auch „digital literacy“ aufbauen. (Matthews, 2021).

3. *Technische Sicherheit*

Die laufenden Beispiele von Cyber-Kriminalität in Form des Hackings von Krankenhausdaten bis zur Nachlässigkeit bei der Datenverwaltung zeigen, dass die gegenwärtigen Sicherheitsmechanismen in den jeweiligen Dateninfrastrukturen nicht gegeben sind (BR, 2019). Wenn sogar Wahlen durch Datendiebstahl manipuliert werden können, dann ist es nahezu absurd, von „Daten-Sicherheit“ zu sprechen. Für Menschen mit stigmatisierten Erkrankungen sind solche Datenleaks ein Risiko für ihre soziale Akzeptanz, etwa am Arbeitsplatz.

4. *Ethik und Datenautonomie*

Mit dem Argument, dass die Vielzahl der gewonnenen Daten nur mehr über AI und Big Data ausgewertet werden kann, wer-

den die Personendaten in die IKT-Strukturen, die sich bedauerlicherweise für den Nutzer als eine Blackbox verhalten, internalisiert. Erfahrungsgemäß verlieren die Patienten zunehmend die Einsicht in die Verarbeitungsprozesse, wenngleich die Patientenautonomie und „informed consent“ Grundstandards sind. Das gilt ja allgemein, dass die Datenautonomie eingeschränkt und gerichtlich eingefordert werden muss (Scherms, 2014). Eine verbindliche Ethik-Deklaration für Gesundheits-Apps existiert nicht (Spiekermann, 2019).

4 Fazit

Die Digitalisierung hat zweifelsfrei auch im Gesundheitsbereich als Technologie ein unermessliches gesundheitsförderliches Potenzial. Ähnlich unermesslich ist jedoch auch das Gefahrenpotenzial für den Menschen durch diese Technologie. Es ist daher die Aufgabe von inter- bzw. transdisziplinär aufgesetzten Teams, die Qualität gesundheitsbezogener digitaler Technologien zu evaluieren, also ein wirksames Digital Health Technology Assessment zu implementieren. Das gilt auch für die Suchtforschung und Suchttherapie.

Interessenskonflikt

Der Autor bestätigt, dass er keine Interessenkonflikte, insbesondere bezüglich der Firma Marker GmbH, hat.

Literatur

- Batschkus, M. (2018). Chatbots – Sprechende Roboter in der Medizin. *Bayerisches Ärzteblatt*, 10, 546–547.
- BBC. (2020, July 22). *Coronavirus: The great contact-tracing apps mystery*. <https://www.bbc.com/news/technology-53485569>
- BCSSS. (2020). *Human digitalization*. <https://www.bcsss.org/de/research/fields-and-groups/human-digitalization/>
- Bertelsmann-Stiftung. (2019). *AppQ. Gütekriterien-Kernset für mehr Qualitätstransparenz bei digitalen Gesundheitsanwendungen*. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/appq/>
- Blaues Kreuz. (2021). *BLUE:APP*. <https://www.blaues-kreuz.de/de/sachsen/loessnitz/jugendbegegnungsstaette-oase/bluapp/>
- BR. (2019). *Millionenfach Patientendaten ungeschützt im Netz*. Bayerischer Rundfunk. <https://www.>

- br.de/nachrichten/deutschland-welt/millionenfach-patientendaten-ungeschuetzt-im-netz – Abfrage 22.02.2020.
- Chiauzzi, E. & Newell, A. (2019). Mental health apps in psychiatric treatment: a patient perspective on real world technology usage. *JMIR Mental Health*, 6(4), e12292. doi:10.2196/12292
- DER SPIEGEL. (2019). *Gesundheitswebseiten teilen Daten mit Tech-Konzernen*. <https://www.spiegel.de/netzwelt/apps/gesundheitswebseiten-teilen-daten-mit-tech-konzernen-a-1296317.html> – Abfrage 22.02.2020.
- Deutscher Ethikrat. (2018). *Big Data und Gesundheit*. Berlin. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-big-data-und-gesundheit.pdf>
- Floridi, L. (2014). *The 4th Revolution. How the infosphere is reshaping human reality*. New York: Oxford University Press.
- Grunwald, A. (2019). *Der unterlegene Mensch: Die Zukunft der Menschheit im Angesicht von Algorithmen, künstlicher Intelligenz und Robotern*. München: riva-Premium.
- Helbing, D., Frey, B. S., Gigerenzer, G., Hafen, E., Hagner, M., Hofstetter, Y. et al. (2015). *Digitale Demokratie statt Datendiktatur*. <https://www.spektrum.de/news/wie-algorithmen-und-big-data-unsere-zukunft-bestimmen/1375933>
- Hofstetter, Y. (2014). *Sie wissen alles: Wie intelligente Maschinen in unser Leben eindringen und warum wir für unser Freiheit kämpfen müssen*. München: Bertelsmann.
- Hofstetter, Y. (2018). *Das Ende der Demokratie: Wie künstliche Intelligenz die Politik übernimmt und uns entmündigt*. München: Penguin.
- Kim, S. & Kim, E. (2020). The use of virtual reality in psychiatry: a review. *J Korean Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31(1), 26–32. <https://doi.org/10.5765/jkacap.190037>
- Köckler, H., Antes, G., Eichhorn, A., Friele, M., Glaeske, G., Sauerland, S. et al. (2021). Anpassungsbedarfe im deutschen Gesundheitswesen in der digitalen Transformation. In R. W. Scholz, M. Beckedahl, S. Noller & O. Renn (Hrsg.), *DiDaT Weißbuch* (S. 97–120). Baden-Baden: Nomos. doi:10.5771/9783748924111-02.
- Krüger-Brand, H. E. (2020). Digitale Gesundheit: Tech-Konzerne als Treiber. *Dtsch Arztebl*, 117(8), A-375/B-327/C-315.
- Marker. (2021). *COGPACK®* [Software]. <http://www.markersoftware.com/D/frames.htm>
- Matthews, B. (2021). Digital literacy in UK health education: what can be learnt from international research? *Contemporary Educational Technology*, 13(4), ep317, <https://doi.org/10.30935/cedtech/11072>
- McKay, F. H., Wright, A., Shill, J., Stephens, H. & Uccellini, M. (2019). Using health and well-being apps for behavior change: a systematic search and rating of apps. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(7), e11926. doi:10.2196/11926
- Nida-Rümelin, J. & Weidenfeld, N. (2018). *Digitaler Humanismus*. München: Piper.
- Nouri, R., Rostam Niakan Kalhori, S., Ghazisaeedi, M., Marchand, G. & Yasini, M. (2018). Criteria for assessing the quality of mHealth apps: a systematic review. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 25(8), 1089–1098. doi:10.1093/jamia/ocy050
- Rocher, L., Hendrickx, J. M. & de Montjoye, Y. A. (2019). Estimating the success of re-identifications in incomplete datasets using generative models. *Nat Commun*, 10, 3069. <https://doi.org/10.1038/s41467-019-10933-3>
- Schirmacher, F. (Hrsg.). (2015). *Technologischer Totalitarismus*. Berlin: Suhrkamp.
- Scholz, R. W., Beckedahl, M., Noller, S., Renn, O., (Hrsg.). (2021). *DiDaT Weißbuch. Verantwortungsvoller Umgang mit digitalen Daten – Orientierungen eines transdisziplinären Prozesses* (unter Mitarbeit von E. Albrecht, D. Marx & M. Mißler-Behr). Baden-Baden: Nomos.
- Schrems, M. (2014). *Kampf um Deine Daten*. Wien: edition a.
- Spiekermann, S. (2019). *Digitale Ethik*. München: Droemer.
- Spitzer, M. (2012). *Digitale Demenz*. München: Droemer.
- Stoyanov, S. R., Hides, L., Kavanagh, D. J., Zelenko, O., Tjondronegoro, D. & Mani, M. (2015). Mobile app rating scale: a new tool for assessing the quality of health mobile apps. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(1), e27. doi:10.2196/mhealth.3422
- SVSR. (2016). *Digitale Welt und Gesundheit*. Berlin: BMJV, Sachverständigenrat für Verbraucherfragen.
- Tretter, F. (1993). Grundfragen zur Computernutzung aus psychiatrischer Sicht. In F. Tretter & F. Goldhorn (Hrsg.), *Computer in der Psychiatrie* (S. 15–35). Heidelberg: Asanger.
- Tretter, F. (2017). Homo informaticus: image of man in information society: social and technological problems. In W. Hofkirchner & M. Burgin (Eds.), *The future information society* (pp. 475–505). Singapore: World Scientific. doi:10.1142/9789813108974_0027
- Tretter, F. (2020). Digital Health Technologies – Wege zur kritisch-rationalen Bewertung. In D. Korczak (Hrsg.), *Digitale Heilsversprechen. Zur Ambivalenz von Gesundheit, Algorithmen und Big Data* (S. 91–113). Frankfurt a. M.: Marbase.
- Tretter, F. & Blachfellner, S. (2020). *Homo digitalis und die Conditio humana*. BCSSS Online Conference. <https://www.bcsss.org/2020/de-homo-digitalis-und-die-conditio-humana-bcsss-online-conference/>

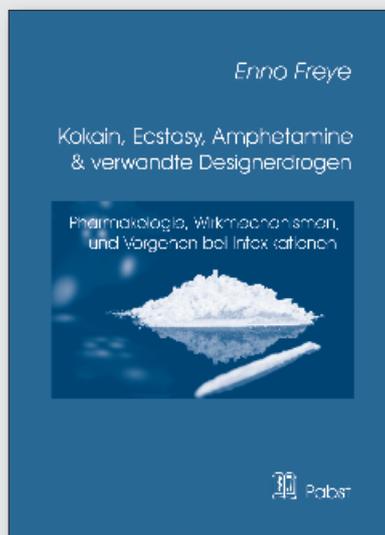
- Tretter, F., Batschkus, M. & Adam, D. (2019). Die Medizin in der Zange zwischen Wirtschaftsinteressen und technologischer Entwicklung – Notwendigkeit für eine „nachhaltig humane Medizin“ bei zunehmender Digitalisierung. *Bayerisches Ärzteblatt*, 6, 300–302.
- Tretter, F. & Goldhorn, F. (Hrsg.). (1993). *Computer in der Psychiatrie*. Heidelberg: Asanger.
- Weibel, P. (2020, 22. März). Virus, Viralität, Virtualität: Wie gerade die erste Ferngesellschaft der Menschheitsgeschichte entsteht. *Neue Zürcher Zeitung*. <https://www.nzz.ch/feuilleton/virus-viralitaet-virtualitaet-peter-weibel-ueber-die-erste-ferngesellschaft-in-der-menschheitsgeschichte-ld.1547579?reduced=true>
- Werthner, H. et al. (2019). *Manifesto digital humanism*. TU Wien.
- WHO. (2016). *Monitoring and evaluating digital health interventions. A practical guide to conducting research and assessment*. Geneva: World Health Organization.
- Wolff, M.-L. (2020). *Die Anbetung. Über eine Superideologie namens Digitalisierung*. Frankfurt a. M.: Westend.
- ZI. (2021). *Public Mental Health – aktuelle Studien*. Mannheim: Zentralinstitut für Seelische Ge-

sundheit. <https://www.zi-mannheim.de/forschung/abteilungen-ags-institute/public-mental-health/infos-pmh.html>



Prof. Dr. Dr. Dr. Felix Tretter

Psychologe, Nervenarzt, Psychotherapeut, Sozialforscher. Ehrenpräsident der Bayerischen Akademie für Suchtfragen (München), seit 2017 Vizepräsident des Bertalanffy Centers for the Study of Systems Science (Wien); Professor für klinische Psychologie (LMU München). Ehem. Chefarzt der Suchtabteilung im Klinikum Haar.
felix.tretter@bcsss.org



188 Seiten
ISBN 978-3-89967-843-7
Preis: 25,- Euro

PDF:
ISBN 978-3-89967-922-9
Preis: 15,- Euro

Enno Freye

Kokain, Ecstasy, Amphetamine und verwandte Designerdrogen

Pharmakologie, Wirkmechanismen, Vorgehen bei Intoxikationen

Der Konsum von Kokain und synthetischen Drogen, ebenso euphorisierend wie leistungssteigernd, nimmt zu. Die Risiken werden häufig unterschätzt, selbst in der medizinischen Fachwelt. Synthetische Drogen werden in immer neuen, unterschiedlichen Variationen und Kombinationen angeboten, teils legal.

Das Handbuch bietet einen präzisen Überblick über die aktuellen Herstellungsformen, chemischen Zusammensetzungen, physischen und psychischen Wirkmechanismen, Symptome, kurz- und langfristigen Folgen.

Ärzte erhalten detaillierte Empfehlungen für Diagnostik und Therapie – sowohl im Notfall als auch in der chronischen Behandlung. Anhand langjähriger eigener Erfahrung skizziert der Autor typische Täuschungsversuche von Patienten und Fehlermöglichkeiten von Ärzten.

Das Handbuch sollte in jeder Notaufnahme, jeder Intensivabteilung, jeder Suchtklinik und jeder Suchtpraxis als griffbereites Nachschlagewerk zur Verfügung stehen. Trotz seiner detailreichen Informationstiefe eignet es sich zur schnellen Orientierung für den Alltag.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

Erreichbarkeit Jugendlicher in Berufsschul- klassen für ein mHealth-Programm zur Suchtprävention

Raquel Paz Castro, Severin Haug & Andreas Wenger

Zusammenfassung

Mobiltelefone eröffnen neue Möglichkeiten, um bei Jugendlichen über einen längeren Zeitraum hinweg individualisiert Lebenskompetenzen zu fördern und sie in einem risikoarmen Umgang mit Suchtmitteln zu unterstützen. *ready4life* ist ein Programm zur Suchtprävention bei Lernenden in der Berufsausbildung, das sowohl substanzspezifische als auch substanzunspezifische Elemente beinhaltet und damit der Heterogenität im Konsumverhalten Lernender gerecht wird. Berufslernende werden primär innerhalb des Schulunterrichts zur Programmteilnahme eingeladen. Vorliegende Arbeit untersuchte für das App-basierte Programm, welcher Anteil Jugendlicher am Programm teilnimmt und welche Charakteristika auf Ebene der Schulklasse, der rekrutierenden Person und der Berufslernenden die Teilnahmebereitschaft am Programm beeinflussen. Insgesamt wurden im Schuljahr 2020/21 Berufslernende in 493 Klassen zur Programmteilnahme eingeladen. Aus 392 (79,5%) dieser 493 Schulklassen lagen Informationen zur Anzahl der in der Schulklasse anwesenden Lernenden vor, welche für die Analysen zur Erreichbarkeit auf Ebene der Schulklasse berücksichtigt wurden. Auf Grundlage dieser Daten zeigte sich, dass gut die Hälfte (58%) der Berufslernenden die App auf ihr Smartphone luden und bereit waren, am Programm teilzunehmen. Neben der Rolle der Rekrutierungsperson (Lehrperson vs. Fachperson für Suchtprävention) hatten keine Merkmale der Schulklasse, der Rekrutierungsperson oder –situation einen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmequote in den Schulklassen. Auf individueller Ebene zeigte sich eine höhere Teilnahmebereitschaft am Programm bei Frauen, bei jüngeren Berufslernenden, bei Nicht- und Gelegenheitsrauchenden, bei Lernenden mit sehr risikoreichem Internetgebrauch, bei Lernenden mit höherer Selbstwirksamkeitserwartung sowie bei Jugendlichen, die an einem Brückenangebot teilnahmen. Als Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen ergeben sich (1) insbesondere in Klassen mit einem hohen Anteil Rauchender, männlicher Jugendlicher und Lernender im späteren Jugendalter sollte viel Zeit und Energie für eine gezielte Motivation zur Programmteilnahme aufgewendet werden. (2) Die Relevanz des Programms insbesondere für Jugendliche mit diesen Charakteristika sollte hervorgehoben werden und (3) insbesondere Jugendliche mit diesen Charakteristika sollten in einem partizipativen Vorgehen bei der Weiterentwicklung des Programms mit einbezogen werden.

Schlüsselwörter: Mobiltelefon, Berufslernende, Suchtprävention, Lebenskompetenzen, Teilnahmebereitschaft

Summary

Mobile phones open up new possibilities to promote life skills in young people on an individualised basis over a longer period of time and to support them in a low-risk approach to addictive substances. *ready4life* is a programme for addiction prevention among students in vocational training that includes both substance-specific and non-substance-specific elements and thus does justice to the heterogeneity in the consumption behaviour of students. Vocational students are primarily invited to participate in the programme during school lessons. This study investigated for the app-based programme what proportion of young people participate in the programme and which characteristics at the level of the school class, the recruiting person and the vocational students influence the willingness to participate in the programme. In total, vocational students in 493 classes were invited to participate in the programme in the school year 2020/21. From 392 (79,5%) of these 493 classes, information was available on the number of students present in the class, which was taken into account for the analyses on accessibility at the school class level. Based on this data, it was found that more than half

(58%) of the vocational students downloaded the app on their smartphone and were willing to participate in the programme. Apart from the role of the recruiter (teacher vs. addiction prevention specialist), no characteristics of the school class, recruiter or situation had a significant influence on the participation rate in the school classes. At the individual level, there was a higher willingness to participate in the programme among women, younger vocational students, non-smokers and occasional smokers, students with high-risk internet use, students with higher perceived self-efficacy and young people who participated in a transitional programme from school education to vocational training. Conclusions from the results are (1) especially in classes with a high proportion of smokers, male adolescents and learners in later adolescence, a lot of time and energy should be spent on targeted motivation for programme participation. (2) The relevance of the programme especially for young people with these characteristics should be emphasised and (3) especially young people with these characteristics should be involved in a participatory approach in the further development of the programme.

Keywords: mobile phone, vocational learners, addiction prevention, life skills, willingness to participate

1 Einleitung

Der Einstieg in die Berufswelt geht für Jugendliche mit einer Vielzahl von Veränderungen und neuen Herausforderungen einher. Finanzielle Unabhängigkeit und die soziale Ablösung von den Eltern resultieren in einer höheren Autonomie. Gleichzeitig wächst bei Lernenden die Verantwortung für das eigene Handeln und das betriebliche Umfeld konfrontiert sie mit der Arbeitsrealität, die häufig auch mit Stress, Zeit- und Erfolgsdruck einhergeht. Auch der Umgang mit Mitarbeitenden, Vorgesetzten und Geschäftspartnern oder Kunden stellt neue Anforderungen an die Sozialkompetenz der Lernenden. Dementsprechend ist die Phase des Lehrbeginns auch mit gesundheitlichen Risiken, insbesondere erhöhtem Substanzkonsum verbunden.

Der übermäßige Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabis und die übermäßige Nutzung von Online-Medien, sind im späten Jugend- und frühen Erwachsenenalter weit verbreitet. Ergebnisse aus der Schweizer Gesundheitsbefragung 2017 (Bundesamt für Statistik, 2019b) zeigen, dass ein gutes Drittel (34%) der Männer und ein knappes Drittel der Frauen (29%) im Alter von 15 bis 25 Jahren angaben, regelmäßig Tabak zu rauchen. Zwei Drittel (64%) der Männer und 58 Prozent der Frauen dieser Altersgruppe berichteten, innerhalb der letzten zwölf Monate Rauschtrinken praktiziert zu haben. Weitere 13 Prozent der 15- bis 19-Jährigen zeigten eine problematische Internetnutzung. Letztlich gab in etwa jeder zehnte Jugendliche (15–19 Jahre, 10%) und junge Erwachsene (20–24 Jahre, 9%) an, im letzten Monat Cannabis konsumiert zu haben (Gmel et al., 2016).

Aufgrund wissenschaftlicher Übersichtsarbeiten sind bei (noch) nicht Konsumierenden insbesondere substanzunspezifische Lebenskompetenzprogramme, die interpersonale Kompetenzen vermitteln und gleichzeitig soziale Einflüsse, z. B. durch die Werbung oder

die Peergruppe, thematisieren, wirksam zur Verhinderung des Einstiegs ins Tabakrauchen (Thomas et al., 2013) und vielversprechend zur Verhinderung des Konsums illegaler Substanzen (Faggiano et al., 2014) und riskanten Alkoholkonsums (Foxcroft & Tsertsvadze, 2011). Häufig ist die Durchführung der Programme jedoch sehr zeit- und personalaufwändig, was eine wesentliche Barriere für die großflächige Implementierung dieser Programme darstellt (Ellickson, 2014).

Neue Kommunikationstechnologien, insbesondere Mobiltelefone, eröffnen neue Möglichkeiten, um Jugendliche über einen längeren Zeitraum hinweg in der Konsolidierung von Lebenskompetenzen zu unterstützen. Vorteile liegen dabei insbesondere in einer stärkeren Möglichkeit zur Individualisierung der Inhalte und einer weniger personal- und kostenintensiven Durchführung. Gemäß den ersten Ergebnissen einer Schweizer Studie auf Sekundarstufe sind mobiltelefonbasierte Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen gut geeignet, um vier von fünf Jugendlichen in Schulklassen zu erreichen und deren Alkohol- und Tabakkonsum zu reduzieren (Haug et al., in press).

Bei bereits konsumierenden Jugendlichen erwiesen sich substanzspezifische, mobiltelefonbasierte Programme im Setting Berufsschule als gut durchführbar und wirksam zur Reduktion risikoreichen Alkoholkonsums (Haug et al., 2013b, 2017a) und zur Reduktion des Zigarettenkonsums (Haug et al., 2013a).

ready4life ist ein Programm zur Prävention des Substanzkonsums bei Lernenden in der Berufsausbildung, das sowohl substanzspezifische als auch substanzunspezifische Elemente beinhaltet und damit der Heterogenität im Konsumverhalten Lernender gerecht wird. Das Programm wird seit dem Schuljahr 2016/17 von der Lungenliga in der Schweiz angeboten und zunächst als mobiltelefonbasiertes SMS-Coaching realisiert (Haug et al., 2017c). Seit dem

Schuljahr 2019/20 erfolgt das Coaching über eine native App, innerhalb derer die Teilnehmenden für einen Zeitraum von vier Monaten in ihren Lebenskompetenzen gestärkt und zu einem risikoarmen Umgang mit Suchtmitteln motiviert werden. Seit 2018 wird das Programm durch „pro mente Oberösterreich“ auch für Berufslernende in Österreich angeboten (www.ready4life.at), seit 2019 auch durch das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein für eine kontrollierte Studie in Deutschland (www.ready4life.info).

In der Schweiz werden Jugendliche in am Programm teilnehmenden Berufsschulklassen meist innerhalb einer Unterrichtsstunde von Präventionsfachkräften oder Lehrpersonen zunächst mündlich und mittels Informationsfilm (www.r4l.swiss) über das Programm, dessen Ziele und Ablauf sowie die damit zusammenhängende Evaluation informiert und zur Teilnahme eingeladen. Programmteilnehmende erhalten innerhalb der App auf Basis einer Eingangsbefragung ein individualisiertes Feedback, aus dem hervorgeht, in welchen Bereichen sie über ausreichend Ressourcen verfügen und in welchen ein Coaching- oder Beratungsbedarf besteht. Aus den sechs Themen

- 1) Stress,
- 2) Sozialkompetenz,
- 3) Social Media und Gaming,
- 4) Alkohol,
- 5) Tabak und Nikotin und
- 6) Cannabis

können sich die Teilnehmenden, basierend auf ihrem Risiko- und Ressourcenprofil, zwei Themen frei auswählen und erhalten für einen Zeitraum von jeweils acht Wochen pro Thema, d. h. gesamthaft knapp vier Monaten, ein Coaching durch ein automatisiertes Dialogsystem, einen sogenannten Chatbot.

Der virtuelle Coach motiviert die Teilnehmenden zu einem sensiblen Umgang mit den jeweiligen Suchtmitteln, gibt Feedback zum aktuellen Konsum und informiert in wöchentlichen Dialogen, innerhalb von Contests mit anderen Teilnehmenden (Bilderupload und Voting) und interaktiven Challenges (Setzen und Umsetzen eines Verhaltensziels). In einem separaten Chat innerhalb der App beantworten Experten anonym persönliche Fragen zum jeweiligen Thema. Jugendliche mit risikoreichem Substanzkonsum werden zur Auseinandersetzung mit diesem angeregt und zur Nutzung weiterführender Hilfen motiviert. Ein Anreiz zur aktiven Programmteilnahme soll durch die Verknüpfung mit einem spielerischen Wettbewerb entstehen, bei dem die Teilnehmenden Punkte sammeln können, welche die Chancen auf attraktive Gewinne, die nach Programmen-

de verlost werden, erhöhen. Eine Nachbefragung innerhalb der App nach Programmende dient der Evaluation und Optimierung des Programms.

Hinsichtlich der Wirksamkeit ergaben die programmbegleitenden Evaluationen, basierend auf Vorher-Nachher-Befragungen, jeweils positive Effekte auf die adressierten Lebenskompetenzen und den Substanzkonsum (Haug et al., 2017c). Beispielsweise zeigte sich eine bedeutsame Abnahme im erlebten Stress (Odds Ratio, OR = 0.93; 95%-CI 0.87–0.99; $P = .03$) und im Anteil Jugendlicher mit riskantem Alkoholkonsum zwischen Vor- (20.2%) und Nachbefragung (15.5%) (OR 0.70, 95%-CI 0.53–0.93; $P = .01$). Für Tabakrauchen (OR 0.94, 95%-CI 0.65–1.36; $P = .76$) oder Cannabiskonsum (OR 0.91, 95%-CI 0.67–1.24; $P = .54$) konnten keine signifikanten Veränderungen festgestellt werden. Eine randomisiert-kontrollierte Wirksamkeitsstudie wird im Schuljahr 2021/22 durchgeführt, um robustere Aussagen über die Interventionseffekte machen zu können (Haug et al., 2020).

Neben der Wirksamkeit einer Intervention ist die Erreichbarkeit der Zielgruppe entscheidend, um auf Populationsebene einen präventiven Effekt zu erzielen (Thyrian & John, 2007). Insbesondere die proaktive, d. h. persönliche Einladung von Teilnehmenden in Schulklassen scheint geeignet, um größere Populationen junger Leute zu erreichen (ACCESS-Konsortium, 2010; Haug et al., 2013a, 2013b).

Vor allem zu substanzspezifischen Interventionen zum Tabakrauchen ist mittlerweile bekannt, welche individuellen und schulklassenspezifischen Merkmale die Teilnahmebereitschaft beeinflussen. Schmid und Kollegen (2015) haben den Einfluss dieser Merkmale innerhalb einer Studie zur Wirksamkeit eines SMS-basierten Programms zur Förderung des Rauchausstiegs bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen an Berufsschulen in der Schweiz untersucht. Dabei zeigte sich, dass auf individueller Ebene tägliches, im Vergleich zu gelegentlichem Rauchen, sowie eine höhere Intention zum Rauchstopp die Teilnahmebereitschaft erhöhte. Auf Klassenebene begünstigte eine größere Anzahl Anwesender und eine frühere Tageszeit der Einladung zur Programmteilnahme die Teilnahmebereitschaft. Thrul und Kollegen (2015) untersuchten, welche individuellen Charakteristika die Teilnahme an einem Gruppenprogramm zur Förderung des Rauchstopps bei Jugendlichen, rekrutiert innerhalb von 42 Schulklassen der Sekundarstufe, begünstigten. Während demografische Variablen die Teilnahme am Rauchstoppkurs nicht beeinflussten, waren frühere Rauchstoppversuche, eine höhere Nikotinabhängigkeit und eine höhere

Rauchstoppmotivation positiv mit der Teilnahmebereitschaft assoziiert.

Haug und Kollegen (2015) untersuchten individuelle und klassenspezifische Merkmale, welche die Teilnahmebereitschaft an einem Internet- und SMS-basierten Programm zur Förderung eines sensiblen Umgangs mit Alkohol bei Berufs- und Mittelschülern in der Schweiz beeinflussten. Dabei war auf Klassenebene eine kleinere Anzahl Anwesender und ein geringerer Anteil an Personen mit Migrationshintergrund mit einer höheren Teilnahmebereitschaft am Programm verbunden, auf individueller Ebene waren dies ein weibliches Geschlecht, ein niedrigeres Alter und ein höherer maximaler Alkoholkonsum im letzten Monat.

Für die frühere, Web- und SMS-basierte Version von *ready4life* zeigte sich, dass weibliches Geschlecht und gelegentliches Rauschtrinken positiv, ein Migrationshintergrund und Tabakrauchen negativ mit der Teilnahmebereitschaft assoziiert waren (Haug & Paz Castro, 2018).

Die vorliegende Arbeit untersucht für die App-basierte Programmversion von *ready4life*, welcher Anteil Jugendlicher am Programm teilnimmt und welche Charakteristika auf Ebene der Schulklasse, der rekrutierenden Person und der Berufslernenden die Teilnahmebereitschaft am Programm beeinflussen. Auf Grundlage der Ergebnisse könnten Strategien und Maßnahmen für die zukünftige Optimierung der Teilnahmebereitschaft, und damit auch zur Steigerung des präventiven Effekts des Programms, gewonnen werden.

2 Methodik

2.1 Einladung zur Programmteilnahme

Berufslernende wurden innerhalb einer Unterrichtsstunde oder einer Informationsveranstaltung für mehrere Schulklassen von speziell in der Durchführung des Programms geschulten Präventionsfachkräften der schweizerischen Lungenligen, einer Suchtpräventionsstelle oder Lehrpersonen zunächst mündlich und mittels Informations-Film über das Programm, dessen Ziele und Ablauf sowie die damit zusammenhängende Evaluation informiert. Anschließend wurden sie eingeladen, aus dem App-Store von Google oder Apple die *ready4life*-App herunterzuladen und individuell die Eingangsbefragung zu bearbeiten. Nach Zustimmung zur Datenschutzerklärung und Eingabe eines klassenspezifischen Passworts wurden innerhalb eines Dialogs mit einem selbstgewählten Avatar (Chatbot) soziodemografische Angaben (Geschlecht, Alter) und Angaben zum Ge-

sundheitsverhalten (Nikotin und Tabak-, Alkohol- und Cannabiskonsum, Internetgebrauch, Sozialkompetenz und Stresserleben) erhoben. Die Jugendlichen wurden innerhalb des Chatbot-Dialogs nochmals ausführlich über das Programm informiert und eingeladen, sich für dies anzumelden. Programmteilnehmende erhielten anschließend ein individuelles Ampel-Feedback zu den Themen des Programms und konnten aus diesen sechs Themen zwei frei auswählen. Über ihr Smartphone erhielten sie anschließend für einen Zeitraum von jeweils acht Wochen pro Thema, d.h. gesamthaft knapp vier Monate, ein Coaching durch den Chatbot. Jugendliche, die sich nach der Eingangsbefragung nicht für das Programm anmeldeten, konnten die App anschließend wieder von ihrem Smartphone löschen.

2.2 Erhebungsinstrumente

Die Erreichbarkeit Jugendlicher und die Teilnahme am Programm wurden sowohl auf Ebene der Schulklasse als auch auf Individualebene betrachtet. Auf Ebene der Schulklasse wurden die Daten aus den Klassen-Rekrutierungsprotokollen verwendet. Diese wurden von den rekrutierenden Fach- und Lehrpersonen für jede Schulklasse separat ausgefüllt und beinhalteten folgende Angaben: Anzahl Anwesende, Rekrutierungszeitpunkt, Rekrutierungsperson (z.B. Alter, Geschlecht, Rolle), Berufsbranche nach der International Standard Classification of Education – Fields of Education and Training 2013 (ISCED-F 2013) und Art der Ausbildung (Brückenangebot, zweijährige Ausbildung mit eidgenössischem Berufsattest, drei- bis vierjährige Ausbildung mit eidgenössischem Fähigkeitszeugnis und eidgenössisches Fähigkeitszeugnis mit Maturitätszeugnis).

Die individuellen Daten wurden im Anschluss an den Download der App und das Onboarding (Sprach- und Avatarwahl) erhoben. Es erfolgte eine Befragung zu demografischen Charakteristika (Alter und soziales Geschlecht), zu den im Programm adressierten Lebenskompetenzen (Sozialkompetenz, Stress) und Suchtverhaltensweisen (Internetgebrauch, Alkoholkonsum, Rauchen von Tabak und Nikotin, Cannabiskonsum). Darüber hinaus wurde die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung als übergreifende Ressource für das Gesundheitsverhalten erhoben.

Sozialkompetenz wurde erfasst über acht Items, formuliert in Anlehnung an das Assertion Inventory (Gambrill & Richey, 1975). Je zwei Items können dabei zu folgenden Subskalen zusammengefasst werden:

- 1) auf andere zugehen,
- 2) Bedürfnisse ausdrücken,
- 3) Gruppendruck aushalten und
- 4) zu sich stehen.

Das subjektive Stresserleben wurde anhand des folgenden Items (Elo et al., 2003) erhoben: „Stress ist ein Zustand, in dem sich eine Person angespannt, unruhig, nervös oder ängstlich fühlt oder nachts aufgrund von störenden Gedanken nicht schlafen kann. Spürst du derzeit diese Art von Stress?“ (1: „überhaupt nicht“ bis 5: „sehr stark“).

Internetgebrauch unter besonderer Berücksichtigung der Nutzung von sozialen Medien und Gaming wurde erfasst über die Kurzversion der Compulsive Internet Use Scale (Short-CIUS; Besser et al., 2017)

Der Alkoholkonsum wurde zunächst über die Frage „An wie vielen Tagen hast du in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken?“ erhoben. Sofern Teilnehmende an mindestens einem Tag Alkohol tranken, wurde anschließend über eine interaktive Bar erfasst

1. wie viele und welche alkoholische Getränke sie üblicherweise an einem Trinktag zu sich nehmen sowie
2. wie viele und welche Getränke bei einer Gelegenheit in den letzten 30 Tagen maximal getrunken wurden.

Aus der Anzahl der Trinktage/Monat und dem üblichen Tageskonsum wurde die Anzahl alkoholischer Standardgetränke pro Monat errechnet.

Zur Einstufung des aktuellen Tabak-/Nikotinrauchstatus sollten die Befragten angeben, ob sie in den letzten 30 Tagen

- 1) täglich,
- 2) gelegentlich, aber nicht an jedem Tag, oder
- 3) nie tabak- oder nikotinhaltige Produkte geraucht haben.

Der Konsum von THC-haltigem Cannabis wurde zunächst über die folgende Einstiegsfrage erhoben: „Hast du jemals THC-haltiges Cannabis konsumiert oder zu dir genommen?“ (Ja/Nein). Konsumierende wurden weiter gefragt, wie häufig sie in den letzten sechs Monaten THC-haltiges Cannabis geraucht oder zu sich genommen haben. Die Antwortmöglichkeiten waren dabei „gar nicht“, „einmal im Monat oder seltener“, „2–4 Mal im Monat“, „2–3 Mal die Woche“ und „4 Mal oder öfter die Woche“. Überdies sollten Konsumierende angeben, an wie vielen Tagen sie in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumierten.

Die allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung oder auch subjektive Kompetenzerwartung der Jugendlichen wurde erhoben über die Allgemeine Selbstwirksamkeit-Kurzskala (ASKU; Beierlein et al., 2012). Die Einteilung in

niedrige, mittlere und hohe Selbstwirksamkeit erfolgte nachträglich aufgrund der 33. und 66. Perzentile (1–3.67, 3.67–4.0 und 4.0–5.0).

Für die Risiko- (risikoarm, risikoreich, sehr risikoreich) und Ressourcenrückmeldung (niedrig, mittel, hoch) im Anschluss an die Eingangsbefragung (Ampelfeedback) sowie für die Kategorienbildung im Rahmen dieser Studie wurden die im Anhang aufgeführten Grenzwerte und Grundlagen verwendet.

2.3 Datenanalysen

Auf Ebene der Schulkasse wurden die Daten aus den Klassen-Rekrutierungsprotokollen verwendet und die Teilnehmerate am Programm wurde als metrische Variable verwendet. Diese lag zwischen 0 und 1, wobei 1 ausdrückt, dass alle Anwesenden einer Schulklasse sich für das Programm registrierten. Als unabhängige Variablen für die Vorhersage der Teilnehmerate auf Klassenebene wurden in einem multivariaten Modell folgende Klassendaten berücksichtigt: Anzahl Anwesende, Rekrutierungszeitpunkt, Merkmale der Rekrutierungsperson, Berufsbranche und Art der Ausbildung.

In einem ersten Schritt wurde berechnet, welcher Anteil der Teilnahmebereitschaft der entsprechenden Cluster-Zugehörigkeit zugeschrieben werden konnte (Intraklassenkorrelationskoeffizient, ICC). Im Falle der Analysen auf Schulklassenebene zeigte sich, dass 41 Prozent der Varianz in der Teilnahmebereitschaft dem regionalen Kontext, also dem Kanton, in dem die Schule gelegen war, zugeschrieben werden konnte. Infolgedessen wurden Mehrebenen-Regressionen mit Random-Intercept berechnet und somit zugelassen, dass die mittlere Teilnahmebereitschaft pro Kanton unterschiedlich hoch ausgeprägt sein konnte. Nach Inspektion der Residuen wurde deutlich, dass die Residuenvarianzen nicht für alle Gruppen gleichmäßig verteilt waren. Da die Verletzung dieser Annahme die Schätzung der Standardfehler beeinflusst, wurden robuste Mehrebenen-Regressionen berechnet.

Bei der Betrachtung der Teilnahmebereitschaft auf individueller Ebene wurden Lernende, welche (1) im Anschluss an die Eingangsbefragung innerhalb der App der Programmteilnahme zustimmten und sich zudem zwei Coaching-Themen auswählten, verglichen mit (2) Lernenden, welche im Anschluss an die Eingangsbefragung innerhalb der App die Programmteilnahme ablehnten. Zur Berechnung der Teilnahmebereitschaft auf Individualebene wurden Mehrebenenmodelle gerechnet. Im Falle der Analysen auf Individualebene konnten

48% der Varianz in der Teilnahmebereitschaft der Berufslernenden auf die Klassenzugehörigkeit zurückgeführt werden. Ähnlich dem Vorgehen bei den Analysen auf Schulklassenebene wurden „Random Intercept only logit“-Modelle berechnet, die eine unterschiedliche ausgeprägte Teilnahmebereitschaft pro Schulklasse berücksichtigte. Die linearen Mehrebenenmodelle wurden mit dem Paket *robustlmm* (Koller, 2016) und die logistischen Mehrebenenmodelle mit dem Paket *lme4* (Bates et al., 2015) im Statistikprogramm *R* berechnet. Das allgemeine Vorgehen bei der Berechnung der Mehrebenenmodelle auf Klassen- und Individualebene war, zuerst alle einzelnen Merkmale univariat zu testen und nur solche Prädiktoren in das multivariate Modell einzuschließen, die auf univariater Ebene signifikant wurden. In einem weiteren Schritt wurden aus dem multivariaten Modell jeweils der Prädiktor mit höchstem p-Wert entfernt, bis die finale Lösung nur Prädiktoren enthielt, die signifikant zur Vorhersage der Teilnahmebereitschaft beitrugen.

3 Ergebnisse

3.1 Teilnahmebereitschaft auf Klassenebene

Insgesamt wurden im Schuljahr 2020/21 Berufslernende in 493 Klassen zur Programmteil-

nahme eingeladen. Aus 392 dieser 493 (79.5%) Schulklassen lagen Informationen zur Anzahl der in der Schulklasse anwesenden Lernenden vor. Letztere wurden für die folgenden Analysen zur Erreichbarkeit auf Ebene der Schulklasse berücksichtigt. Die mittlere Teilnahmebereitschaft lag über die 392 Schulklassen hinweg bei 0.58 ($SD = 0.28$), d. h. 58 Prozent der in den Klassen anwesenden Lernenden nahmen am Programm teil. Tabelle 1 stellt die Teilnahmebereitschaft aufgeschlüsselt nach Merkmalen der Klasse, der Rekrutierungsperson und -situation dar. Die mittlere Anzahl Anwesender lag in diesen Klassen bei 16.2 ($SD = 6.8$) Berufslernenden. Die meisten Schulklassen waren den Berufsfeldern Gesundheit, Medizin und Sozialwesen ($n = 111$, 28.3%) sowie Ingenieurwesen, verarbeitendes Gewerbe und Baugewerbe ($n = 105$, 26.8%) zuzuordnen. In der Mehrheit der Schulklassen absolvierten die Berufslernenden eine drei- bis vierjährige Ausbildung ($n = 289$, 73.7%). Die Rekrutierung fand mehrheitlich nachmittags statt ($n = 221$, 56.4%) und wurde häufiger durch eine weibliche Person ($n = 337$, 86.0%) übernommen. Das mittlere Alter der rekrutierenden Person lag bei 35.5 ($SD = 11.1$) Jahren. Die Schulklassen wurden am häufigsten durch Fachpersonen der Suchtprävention ($n = 251$, 64.0%) zur Teilnahme am Programm eingeladen.

Die Vergleiche in Tabelle 1 und auch die des Mehrebenen-Regressionsmodells ergaben, dass

Tabelle 1

Beschreibung der Schulklassen und Anteil der Programmteilnehmenden je Schulklasse nach Merkmalen der Klasse, der Rekrutierungsperson und -situation

Variable	Ausprägung (Anzahl Klassen)	Quote M (SD)
Anzahl Anwesende	3–16 Lernende (208)	0.56 (0.29)
	17–20 Lernende (128)	0.60 (0.27)
	21–96 Lernende (56)	0.63 (0.26)
Art der Ausbildung	Brückenangebot (40)	0.76 (0.18)
	zweijährige Ausbildung (38)	0.49 (0.28)
	drei-/vierjährige Ausbildung (289)	0.58 (0.28)
	drei-/vierjährige Ausbildung und Maturität (25)	0.48 (0.30)
Berufsbranche ^a	Wirtschaft, Verwaltung und Recht (74)	0.49 (0.30)
	Geisteswissenschaften und Künste (3)	0.50 (0.44)
	Grundbildungsprogramme und –qualifikationen (40)	0.76 (0.18)
	Informatik und Kommunikationstechnologie (7)	0.58 (0.31)
	Ingenieurwesen, verarbeitendes Gewerbe, Baugewerbe (105)	0.56 (0.28)
	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei und Tiermedizin (10)	0.61 (0.25)
	Gesundheit, Medizin und Sozialwesen (111)	0.63 (0.26)
	Dienstleistungen (35)	0.49 (0.25)
Alter RP ^b	16–28 Jahre (175)	0.46 (0.29)
	29–40 Jahre (107)	0.66 (0.24)
	41 Jahre und älter (108)	0.71 (0.21)
Geschlecht RP	Männlich (55)	0.65 (0.26)
	Weiblich (337)	0.57 (0.28)
Rolle RP ^c	Lehrperson (129)	0.67 (0.24)
	Fachperson Suchtprävention (251)	0.54 (0.29)**
Rekrutierungszeit ^d	Vormittags (166)	0.57 (0.28)
	Nachmittags (221)	0.59 (0.28)

Anzahl fehlende Angaben: ^a 7; ^b 2; ^c 12; ^d 5. RP = Rekrutierungsperson. ** p-Wert < .01.

Die erste Ausprägung der jeweiligen Variablen gilt als Referenz für den Vergleich (fettgedruckt).

ausschließlich die Rolle der Rekrutierungsperson einen Einfluss auf die Teilnahmequote in den Schulklassen hatte. So war diese höher, wenn eine Lehrperson im Vergleich zu einer Fachperson Suchtprävention zum Programm einlud ($\beta = 0.003, t = 2.34, p = 0.001$).

3.2 Teilnahmebereitschaft auf Individualebene

In 60 Schulen mit 493 Schulklassen haben 7495 Berufslernende die Eingangsbefragung innerhalb der *ready4life*-App begonnen. Insgesamt nahmen 5142 (68.6%) Berufslernende aus diesen Schulklassen am Programm teil; 846 (11.3%) Jugendliche lehnten die weitere Teilnahme ab. Weitere 1507 (20.1%) Berufslernende wurden aus den weiteren Analysen ausgeschlossen, weil sie einerseits ihr Einverständnis gaben, am Programm teilzunehmen, gleichzeitig aber die Eingangsbefragung nicht finalisierten und keine Themenwahl trafen; somit konnte ihre Teilnahmebereitschaft am Programm nicht eindeutig zugeordnet werden.

Auf individueller Ebene (siehe Tabelle 2, nächste Seite) waren mehr Frauen als Männer und eher jüngere Berufslernende, insbesondere die Altersgruppe der 15- und 16-Jährigen im Vergleich zu der Altersgruppe der über 19-Jährigen, bereit, am Programm teilzunehmen. Sehr risikoreich Tabakrauchende und Cannabiskonsumierende waren deutlich weniger bereit am Programm teilzunehmen, als solche ohne riskanten Tabak- oder Cannabiskonsum. Umgekehrt waren Berufslernende mit einem sehr risikoreichen Internetgebrauch und hohem subjektiv erlebten Stress eher bereit teilzunehmen, als solche mit einem risikoarmen Internetgebrauch und niedrigem Stresserleben. Je geringer die Sozialkompetenz und je höher die Selbstwirksamkeitserwartung, desto höher war die Teilnahmebereitschaft der Berufslernenden.

Die Teilnahmebereitschaft von Berufslernenden, die ein Brückenangebot besuchten, war höher als von denjenigen, die eine höhere Ausbildung besuchten. Dies lässt sich auch indirekt an der Variable Ausbildungsberuf erkennen, aus der deutlich wird, dass Lernende, die ein Grundbildungsprogramm, wie die Brückenangebote welche sind, besuchen, eine höhere Teilnahmebereitschaft zeigen als Lernende, die einen Beruf aus der Kategorie Wirtschaft, Verwaltung und Recht erlernen. Alle anderen klassenbezogenen Merkmale, wie zum Beispiel die Anzahl der Anwesenden oder die Uhrzeit der Rekrutierung, hatten keinen Einfluss auf die Teilnahmebereitschaft (Tabelle 2).

		Odds Ratio	p
Individuum	Geschlecht		
	Mann		
	Frau	1.35	0.006
	Alter		
	15-16 Jahre		
	17-18 Jahre	0.85	0.15
	19 Jahre und älter	0.68	0.006
	Tabakkonsum		
	risikoarm		
	risikoreich	1.01	0.93
	sehr risikoreich	0.79	0.03
	Internetgebrauch		
	risikoarm		
	risikoreich	1.23	0.13
	sehr risikoreich	1.59	< .001
	Selbstwirksamkeit		
hoch			
mittel	0.91	0.44	
niedrig	0.69	0.003	
Klasse	Art der Ausbildung		
	Brückenangebot		
	zweijährige Ausbildung	0.39	0.005
	drei-/vierjährige Ausbildung	0.55	0.01
	drei-/vierjährige Ausbildung und Maturität	0.92	0.84

Die erste Ausprägung der jeweiligen Variablen gilt als Referenz für den Vergleich (fettgedruckt).

Tabelle 3

Finales Modell zur Vorhersage der Teilnahme von Lernenden

Das multivariate Modell zur Prüfung der Teilnahmebereitschaft im Zusammenhang mit individuellen und klassenbezogenen Merkmalen ist in Tabelle 3 dargestellt. Von den neun individuellen und den zwei klassenbezogenen Merkmalen, die in den univariaten Prüfungen signifikant waren, werden je fünf und eins im finalen Modell beibehalten. Zusammengefasst zeigt sich eine höhere Teilnahmebereitschaft am Programm bei Frauen, bei jüngeren Berufslernenden, bei Nicht- und Gelegenheitsrauchenden im Vergleich zu täglich Rauchenden, bei Lernenden mit sehr risikoreichem Internetgebrauch, bei höherer Selbstwirksamkeit sowie bei Jugendlichen, die an einem Brückenangebot teilnehmen.

4 Diskussion

Vorliegende Arbeit untersuchte erstmals für ein App-basiertes Suchtpräventionsprogramm in Schulklassen, welche Charakteristika auf Ebene der Schulklasse, der rekrutierenden Person und der Berufslernenden die Teilnahmebereitschaft am Programm beeinflussen. Dabei sind folgende Ergebnisse von Bedeutung:

- 1) Gut die Hälfte (58%) der Berufslernenden in Schulklassen laden die App auf ihr Smartphone und sind bereit, am Programm teilzunehmen.

Tabelle 2

Teilnahmebereitschaft
auf Individualebene aufgrund
von individuellen und klassen-
bezogenen Merkmalen
(N = 5 988)

Ebene /Variable	Ausprägung	Programm- teilnehmende in %	Odds Ratio	p
Individuum				
Geschlecht	Männlich	83.6		
	Weiblich	88.0	1.48	< .01
Alter	15–16 Jahre	88.0		
	17–18 Jahre	85.7	0.79	0.02
	19 Jahre und älter	80.4	0.58	< .01
Sprache	Deutsch	85.7		
	Französisch	87.3	1.17	0.59
	Italienisch	85.2	0.70	0.30
Alkoholkonsum ^a	risikoarm	85.0		
	risikoreich	87.5	1.25	0.05
	sehr risikoreich	86.3	1.14	0.17
Tabakkonsum ^b	risikoarm	86.7		
	risikoreich	87.0	1.00	0.98
	sehr risikoreich	82.9	0.74	< .01
Cannabiskonsum	risikoarm	86.0		
	risikoreich	88.3	1.24	0.06
	sehr risikoreich	80.7	0.67	< .01
Internetgebrauch	risikoarm	81.2		
	risikoreich	85.3	1.33	0.02
	sehr risikoreich	88.2	1.72	< .001
Stress	tief	83.4		
	mittel	86.2	1.28	0.02
	hoch	87.3	1.35	< .01
Sozialkompetenz	hoch	84.7		
	mittel	89.3	1.61	< .01
	niedrig	88.5	1.50	0.24
Selbstwirksamkeit	hoch	88.5		
	mittel	85.5	0.78	0.01
	niedrig	81.4	0.57	< .01
Klasse				
Anzahl Anwesende ^c	3–16 Lernende	86.2		
	17–20 Lernende	86.8	0.97	0.87
	21–96 Lernende	85.4	0.81	0.33
Art der Ausbildung ^c	Brückenangebot	91.6		
	zweijährige Ausbildung	79.3	0.34	< .01
	drei-/vierjährige Ausbildung	85.3	0.50	< .01
	drei-/vierjährige Ausbildung und Maturität	91.3	0.92	0.84
Berufsbranche ^d	Wirtschaft, Verwaltung, Recht	84.6		
	Geisteswissenschaften und Künste	83.3	0.99	0.99
	Informatik und Kommunikationstechnologie	83.0	0.78	0.66
	Ingenieurwesen, verarbeitendes Gewerbe und Baugewerbe	83.5	0.95	0.83
	Land-, Forstwirtschaft, Fischerei und Tiermedizin	80.9	0.96	0.93
	Gesundheit, Medizin und Sozialwesen	87.8	1.39	0.14
	Dienstleistungen	81.6	0.69	0.22
	Grundbildungsprogramme und -qualifikationen	91.3	2.03	0.01
Alter RP ^e	16–28 Jahre	84.9		
	29–40 Jahre	84.7	0.93	0.69
	41 Jahre und älter	88.0	1.33	0.12
Geschlecht RP ^f	Männlich	85.8		
	Weiblich	86.1	1.04	0.84
Rolle RP ^g	Lehrperson	87.9		
	Fachperson Suchtprävention	85.1	0.79	0.15
Rekrutierungszeit ^h	Vormittags	85.8		
	Nachmittags	86.3	1.13	0.44

Anzahl fehlende Angaben: ^a 5; ^b 3; ^c 874; ^d 1 052; ^e 900; ^f 883; ^g 1 090; ^h 1 049. RP = Rekrutierungsperson.
Die erste Ausprägung der jeweiligen Variablen gilt als Referenz für den Vergleich (fettgedruckt).

- 2) Neben der Rolle der Rekrutierungsperson (Lehrperson vs. Fachperson für Suchtprävention) haben keine Merkmale der Schulklasse, der Rekrutierungsperson oder -situation einen signifikanten Einfluss auf die Teilnahmequote in den Schulklassen.
- 3) Auf individueller Ebene zeigt sich eine höhere Teilnahmebereitschaft am Programm bei Frauen, bei jüngeren Berufslernenden, bei Nicht- und Gelegenheitsrauchenden, bei Lernenden mit sehr risikoreichem Internetgebrauch, bei höherer Selbstwirksamkeit sowie bei Jugendlichen, die an einem Brückenangebot teilnehmen.

Im Vergleich zur früheren Web- und SMS-basierten Programmversion von *ready4life*, für die rund 80 Prozent der Berufslernenden erreicht wurden (Haug & Paz Castro, 2018) und im Vergleich zu substanzspezifischen mobiltelefonbasierten Programmen (Haug et al., 2015, 2017b, 2017b), die bei ähnlicher Rekrutierungsmethodik in Schulklassen jeweils rund drei von vier Jugendlichen erreichen konnten, lag die Teilnahmequote für die App-basierte Version von *ready4life* im Schuljahr 2020/21 etwas tiefer. Allerdings stellte die Rekrutierung von Programmteilnehmenden im Schuljahr 2020/21, aufgrund der im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie verhängten Maßnahmen zur Kontaktreduzierung, eine besondere Herausforderung dar. So mussten einige Termine aufgrund von Home-Schooling verschoben oder ganz abgesagt werden, andere wurden online z. B. via *Zoom* oder unter Einhaltung der Hygieneregeln (mit Mund-Nasen-Maske) durchgeführt. In anderen Klassen erfolgte die Einladung zum Programm nicht wie geplant, durch eine Fachperson der Lungenliga, sondern aufgrund von Zugangsbeschränkungen für externe Personen, durch die Lehrperson. Neben Corona und dem Medium (SMS vs. App) könnte die im Vergleich zu früheren Schuljahren konstatierte geringere Teilnahmebereitschaft auch mit den innerhalb des spielerischen Wettbewerbs verlostene Preisen zusammenhängen. So wurde z. B. im Schuljahr 2016/17, als 80 Prozent am Programm teilnahmen, als Hauptpreis eine Sprachreise verlost und jeder Teilnehmende erhielt fix ein kleines Promotionsgeschenk (USB-Ladekrake), während im Schuljahr 2020/21 lediglich kleinere Preise (Kino-Gutscheine, Armbanduhr) verlost wurden und es kein festes Teilnahme-geschenk gab.

Einige Ergebnisse der auf individueller Ebene identifizierten Einflussfaktoren für die Teilnahmebereitschaft stehen in Einklang mit früheren Befunden: So waren Frauen eher bereit, an der App-basierten Programmversion von *ready4life* teilzunehmen; dies zeigte sich

auch für die frühere SMS-basierte Programmversion (Haug & Paz Castro, 2018) und ein mobiltelefonbasiertes Programm zur Alkoholprävention bei Jugendlichen (Haug et al., 2015). Eine deutlich höhere Teilnahmebereitschaft an verhaltenspräventiven Maßnahmen bei Frauen zeigt sich auch in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (Jordan & von der Lippe, 2013) oder bei der Inanspruchnahme von psychologischen Beratungsangeboten bei Jugendlichen (Chandra & Minkovitz, 2006). Auch die geringere Teilnahmebereitschaft an *ready4life* bei täglich Rauchenden wurde bereits in der früheren SMS-basierten Programmversion festgestellt (Haug & Paz Castro, 2018); eine höhere Teilnahmebereitschaft in jüngeren Altersgruppen zeigte sich bereits bei einem mobiltelefonbasierten Programm zur Alkoholprävention bei Jugendlichen (Haug et al., 2015).

Erstmals in dieser Studie untersucht wurden der Einfluss von Stress, Sozialkompetenz, Internetgebrauch und Selbstwirksamkeitserwartung auf die Teilnahmebereitschaft innerhalb eines mHealth-Suchtpräventionsprogramms in Schulklassen. Während Stress und Sozialkompetenz im finalen Prädiktionsmodell keinen Einfluss mehr zeigten, stieg die Teilnahmebereitschaft bei risikoreicherem Internetgebrauch und höherer Selbstwirksamkeit. Letzter Zusammenhang scheint plausibel, beschreibt doch die Selbstwirksamkeit die Erwartung aufgrund eigener Kompetenzen etwas bewirken zu können, d. h. in diesem Fall durch die Programmteilnahme seine Lebenskompetenzen zu steigern und einen risikoarmen Umgang mit Suchtmitteln erlernen zu können.

Die höhere Teilnahmebereitschaft am App-basierten Programm bei Jugendlichen, die ohnehin schon Anzeichen einer Internetgebrauchsstörung aufweisen, ist auf jeden Fall kritisch zu reflektieren, ist die weitere Bindung ans Smartphone durch die Programmteilnahme doch ein immer wieder verwendetes und ernstzunehmendes Argument im Zusammenhang mit mHealth-basierten Präventionsprogrammen. Letztlich ist es eine Gratwanderung, sind doch Jugendliche mit intensiver Smartphone-nutzung vor allem über das Smartphone auch mit präventiven Botschaften erreichbar.

Bei der Konzeption von mHealth-Präventionsprogrammen sollte deshalb einerseits berücksichtigt werden, dass die übermäßige Smartphone- und Internetnutzung thematisiert wird und Strategien für einen risikoarmen Umgang aufgezeigt werden, andererseits sollten Mechanismen zur Steigerung der App-Nutzung, wie intermittierende Verstärkung oder soziale Vergleiche, mit Bedacht eingesetzt werden. Beides wurde im Programm *ready4life*

berücksichtigt, so sind Interventionselemente zur Förderung eines risikoarmen Umgangs mit dem Smartphone in mehreren Programmmodulen (z. B. Stress, Internet, Sozialkompetenz) enthalten, der Chatbot meldet sich jeweils zu fixen Zeiten innerhalb einer Woche und es sind keine negativen Kommentare oder Bewertungen durch andere Programmteilnehmende möglich.

Folgende Limitationen vorliegender Studie sind zu berücksichtigen:

- 1) Da individuelle Charakteristika nur von einem Teil der Berufslernenden vorliegen, welche die App heruntergeladen und die Eingangsbefragung bis zur Frage nach der Teilnahmebereitschaft ausgefüllt haben, wird auch nur ein Ausschnitt der Nichtteilnehmenden beleuchtet. Über Jugendliche, welche die App nicht heruntergeladen oder die Eingangsbefragung vorzeitig abgebrochen haben, liegen keine entsprechenden Daten vor.
- 2) Wie bereits oben erwähnt, war die Rekrutierung in den Schulklassen aufgrund der

mit der Corona-Pandemie einhergehenden Maßnahmen zur Kontaktreduzierung im betrachteten Schuljahr erschwert.

- 3) Auch das Interesse Jugendlicher am Programm, das u. a. den Suchtmittelgebrauch thematisiert, der bei Jugendlichen häufig im Freundes- und Kollegenkreis stattfindet, könnte durch die Corona-Maßnahmen beeinflusst worden sein.

Zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft bei der zukünftigen Rekrutierung für ähnliche Programme in Schulklassen lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- 1) Insbesondere in Klassen mit einem hohen Anteil Rauchender, männlicher Jugendlicher und Lernender im späteren Jugendalter sollte viel Zeit und Energie für eine gezielte Motivation zur Programmteilnahme aufgewendet werden.
- 2) Die Relevanz des Programms insbesondere für Jugendliche mit diesen Charakteristika sollte hervorgehoben werden und
- 3) insbesondere Jugendliche mit diesen Charakteristika sollten in einem partizipativen



204 Seiten
ISBN 978-3-89967-812-3
Preis: 20,- Euro

PDF:
 Preis: 16,- Euro

Jürgen Fais (Hrsg.)

Gewalt – Sprache der Verzweiflung

Vom Umgang mit Gewalt in der Suchthilfe

„... und dann hab' ich das Gefühl, ich kann nicht mehr argumentieren, ich kann mich nicht mehr ausdrücken und ich fühle mich unterlegen oder an die Wand gestellt. Ich bin am Ende angelangt und das Gegenüber reagiert nicht auf das, was ich sage. Dann kommt irgendwann der Gewaltausbruch.“ (augeNBlick)

Grundsätzlich begegnen Fachkräfte der Suchthilfe dem Thema Gewalt reaktiv, sei es in der therapeutischen Aufarbeitung oder im normalisierten Kontext durch eine institutionelle Sanktion. Es fällt auf, dass es nur wenige konzeptionell verankerte Behandlungs- und Trainingsmaßnahmen für gewalttätige Suchtkranke gibt.

Der Schwerpunkt der Publikation liegt in der Beschreibung arbeitsfeldbezogener Erfahrungen mit dem Phänomen Gewalt innerhalb des Handlungsfeldes der Suchthilfe. Desweiteren werden individuelle Behandlungs- und Trainingsangebote im Umgang mit Gewalt vorgestellt. Erfahrene Praktiker und Fachkräfte der Suchthilfe beschreiben Möglichkeiten der Prävention, Deeskalation und Behandlung.

Jürgen Fais ist Kriminologe (M.A.), Dipl.-Sozialpädagoge und Gesellschafter des Instituts für angewandte Gewaltprävention ParaVida.



PABST SCIENCE PUBLISHERS

Eichengrund 28 | D-49525 Lengerich | Telefon +49 (0)5484 308 | Telefax +49 (0)5484 550
 pabst@pabst-publishers.com | www.psychologie-aktuell.com | www.pabst-publishers.com

Vorgehen bei der Weiterentwicklung des Programms mit einbezogen werden.

Danksagung

Das Projekt wurde finanziert von der Lungenliga und von Gesundheitsförderung Schweiz. Wir danken der nationalen Projektleitung Sarah Eichele-Eschmann für die Organisation und Pathmate Technologies für die technischen Programmentwicklungen. Weiter danken wir allen beteiligten Lehrpersonen, den Projektmitarbeitenden der kantonalen Lungenligen, der Zürcher Fachstelle zur Prävention des Suchtmittelgebrauchs und weiteren regionalen Suchtpräventionsstellen, welche sich an der Programmentwicklung und -durchführung beteiligten und die Erhebungen in den Schulklassen durchführten.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- ACCESS-Konsortium. (2010). ACCESS – Zugangswege für Rauchstopp-Maßnahmen mit jugendlichen RaucherInnen: Prinzipien, Strategien und Aktivitäten. http://www.cv.suchtpraevention-brb.de/Dokumente/ACCESS_Rauchstoppprogramme.pdf
- Bates, D., Machler, M., Bolker, B. M. & Walker, S. C. (2015). Fitting linear mixed-effects models using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C. J. & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit-Kurzskala (ASKU)*. Köln: GESIS.
- Besser, B., Rumpf, H. J., Bischof, A., Meerkerk, G. J., Higuchi, S. & Bischof, G. (2017). Internet-related disorders: development of the short compulsive internet use scale. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 20(11), 709–717.
- Bundesamt für Statistik. (2019a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2017: Standardtabellen*. Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.html>
- Bundesamt für Statistik. (2019b). *Gesundheit: Taschenstatistik 2018*. Neuchâtel. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1540-1800.html>
- Chandra, A. & Minkovitz, C. S. (2006). Stigma starts early: gender differences in teen willingness to use mental health services. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 754.e1–e8.
- Ellickson, P. L. (2014). You've shown the program is effective. Now what? In K. Weichold & F. Giannotta (Eds.), *Theory-based approaches to substance misuse and abuse prevention in school* (pp. 95–106). San Francisco: Jossey-Bass.
- Elo, A. L., Leppanen, A. & Jahkola, A. (2003). Validity of a single-item measure of stress symptoms. *Scand J Work Environ Health*, 29(6), 444–451.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E. & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database Syst Rev*, 12, CD003020.
- Foxcroft, D. R. & Tsertsvadze, A. (2011). Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev*, 5, CD009113.
- Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550–561.
- Gmel, G., Kuendig, H., Notari, L. & Gmel, C. (2016). *Suchtmonitoring Schweiz: Konsum von Alkohol, Tabak und illegalen Drogen in der Schweiz im Jahr 2015*. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Haug, S. & Paz Castro, R. (2018). „Erreichbarkeit Jugendlicher für ein mobiltelefonbasiertes Programm zur Suchtprävention durch die Förderung von Lebenskompetenzen. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 64(3), 129–139.
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A., Dey, M. & Schaub, M. P. (2017a). Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(2), 147–159.
- Haug, S., Paz Castro, R., Kowatsch, T., Filler, A. & Schaub, M. P. (2017b). Efficacy of a technology-based, integrated smoking cessation and alcohol intervention for smoking cessation in adolescents: Results of a cluster-randomised controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 82, 55–66.
- Haug, S., Paz Castro, R., Meyer, C., Filler, A., Kowatsch, T. & Schaub, M. P. (2017c). A mobile phone-based life-skills training for substance use prevention among adolescents: a pre-post study on the acceptance and potential effectiveness of the program Ready4life. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 5(9), e143.
- Haug, S., Paz Castro, R. & Schaub, M. P. (2015). Erreichbarkeit Jugendlicher für ein Internet- und SMS-Programm zum Thema Alkohol. *Sucht –*

Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis, 61(6), 357–365.

- Haug, S., Paz Castro, R., Wenger, A. & Schaub, M. P. (2020). Efficacy of a smartphone-based coaching program for addiction prevention among apprentices: study protocol of a cluster-randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 20(1), 1910.
- Haug, S., Paz Castro, R., Wenger, A. & Schaub, M. P. (in press). Appropriateness and initial efficacy of SmartCoach: a mobile phone-based life-skills training program for substance use prevention among adolescents. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*.
- Haug, S., Schaub, M. P., Venzin, V., Meyer, C. & John, U. (2013a). Efficacy of a text message-based smoking cessation intervention for young people: a cluster randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15(8), e171.
- Haug, S., Schaub, M. P., Venzin, V., Meyer, C., John, U. & Gmel, G. (2013b). A pre-post study on the appropriateness and effectiveness of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in emerging adults. *Journal of Medical Internet Research*, 15(9), e196.
- Jordan, S. & von der Lippe, E. (2013). Teilnahme an verhaltenspräventiven Maßnahmen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 878–884.
- Koller, M. (2016). robustlmm: An R package for robust estimation of linear mixed-effects models. *Journal of Statistical Software*, 75(6), 1–24.
- Schmid, H., Rösch, C., Süsstrunk, S. & Haug, S. (2015). Teilnahmebereitschaft von Jugendlichen an einem Rauchstoppprogramm über das Mobiltelefon. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 10(1), 62–67.
- Stockings, E., Hall, W. D., Lynskey, M., Morley, K. I., Reavley, N., Strang, J. et al. (2016). Prevention, early intervention, harm reduction, and treatment of substance use in young people. *Lancet Psychiatry*, 3(3), 280–296.
- Thomas, R. E., McLellan, J. & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Cochrane Database Syst Rev*, 4, CD001293.
- Thrul, J., Stemmler, M., Goecke, M. & Bühler, A. (2015). Are you in or out? Recruitment of adolescent smokers into a behavioral smoking cessation intervention. *Addictive Behaviors*, 45, 150–155.
- Thyrian, J. R. & John, U. (2007). Population impact-Definition, calculation and its use in prevention science in the example of tobacco smoking reduction. *Health Policy*, 82(3), 348–356.



Dr. Raquel Paz Castro

Psychologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Forschungsschwerpunkte: mHealth, Jugendliche, Suchtprävention, Chancengleichheit. raquel.paz@isgf.uzh.ch



Priv.-Doz. Dr. Dr. Severin Haug

Psychologe und Forschungsleiter am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Forschungsschwerpunkte: mHealth, Jugendliche, Suchtprävention. severin.haug@isgf.uzh.ch



Andreas Wenger

Psychologe und wissenschaftlicher Mitarbeiter am Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung. Forschungsschwerpunkte: internetbasierte Interventionen. andreas.wenger@isgf.uzh.ch

Internetbasierte Suchtberatung – Irrweg oder Methode der Zukunft?

Michael P. Schaub

Zusammenfassung

Menschen mit Suchterkrankungen warten oft zu lange, bis sie ein klassisches suchtherapeutisches Angebot wahrnehmen. Gründe dafür sind unter anderem in der Angst vor Stigmatisierung sowie in Schuld- und Schamgefühlen zu suchen. Oft wollen sie ihr Suchtverhalten erst einfach selbst versuchen in den Griff zu kriegen. Gerade hier bieten das Internet und Mobiltelefonetchnologien geeignete anonyme Ansätze. Erste Meta-Analysen konnten insbesondere die Wirksamkeit von Programmen mit angeleiteter internetbasierter Selbsthilfe (Englisch: guided self-help) bei Alkoholmissbrauch und einzelne Studien bei Cannabismissbrauch zeigen. Seit der COVID-19-Krise ist aufgrund der Kontakteinschränkungen das Interesse an internetgestützten Therapieformen enorm gewachsen. Viele Wissenschaftler sehen in dieser Krise den direkten Beschleuniger für die digitale Transformation von bisher in direktem Kontakt verlaufenden therapeutischen Settings. In der Suchtberatung und Suchttherapie sind insbesondere ambulante, teilstationäre und Settings in der Nachsorge von Relevanz. Hierzu gehören vorwiegend sogenannte Blended Therapieformen, bei welchen für Patienten und Klienten ein persönlicher Weg hin zur Verbesserung zusammengestellt wird, der aus einer möglichst idealen Kombination aus Face-to-Face-Sitzungen und Online-Therapieeinheiten besteht. Der vorliegende Artikel wird einerseits die Konzeptualisierung der unterschiedlichen Online-Settings von der internetgestützten Selbsthilfe bis zu Blended Therapieformen, deren Evidenzlage und entsprechenden Zukunftsperspektiven für die Suchthilfe erörtern.

Schlüsselwörter: Internet, online, webbasiert, Suchttherapie, Suchtberatung, blended, guided

Summary

People with substance use disorders often wait too long before seeking traditional addiction therapy. Reasons for this include fear of stigmatization and feelings of guilt and shame. Often, they simply want to try to handle the addictive behavior themselves. This is precisely where the Internet and mobile phone technologies offer suitable anonymous approaches. Initial meta-analyses have shown the effectiveness of programs with guided Internet-based self-help for alcohol misuse and individual studies for cannabis misuse. Since the COVID-19 crisis, interest in Internet-based therapies has grown enormously due to contact restrictions. Many researchers see this crisis as the direct accelerator for the digital transformation of previously face-to-face therapeutic settings. In addiction counseling and addiction therapy, outpatient, day-care, and aftercare settings are particularly relevant. These mainly include so-called blended therapy forms, in which a personal path to improvement is put together for patients and clients, consisting of the ideal possible combination of face-to-face sessions and online therapy units. This article will discuss the conceptualization of different online settings from Internet-based self-help to blended therapies, their evidence base and corresponding future perspectives for addiction care.

Keywords: internet, online, web-based, substance use disorders, blended, guided

Hintergrund und Begriffe

Schätzungen gehen davon aus, dass sich in Österreich und auch in anderen westlichen Län-

dern lediglich zehn Prozent an Personen, die von einer Suchttherapie profitieren könnten, in Behandlung befinden (Schaub, 2021). In der internet- und später auch in der mobilegestützten

Suchttherapie wurden in den Jahren 2005–2010 zuerst Interventionen und Programme vorwiegend zur internetbasierten Selbsthilfe entwickelt (Schaub, 2018, 2020). Darin kamen vornehmlich textbasierte interaktive Module aus der kognitiven Verhaltenstherapie kombiniert mit Ansätzen der Motivierenden Gesprächsführung sowie automatisierte Konsumtagebücher zum Einsatz (Schaub, 2018, 2020). Die drei wichtigsten Ziele der allermeisten Anwendungen waren und sind nach wie vor dabei:

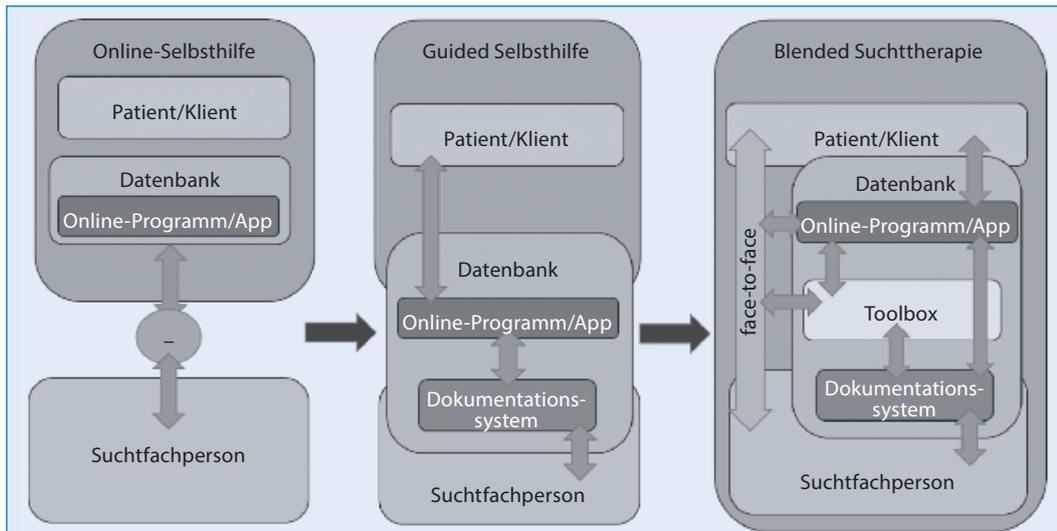
1. Personen mit Suchtproblemen aufgrund der verbreiteten Stigmatisierung von Suchtkranken in der Gesellschaft und der beschränkten Öffnungszeiten von herkömmlichen Angeboten gerade in der ambulanten Suchthilfe besser zu erreichen.
2. Weniger motivierte und behandlungsambivalente Personen, die einerseits von sich aus keine Suchtbehandlung aufsuchen würden oder die sich noch in früheren Stadien von Suchterkrankungen befinden, besser zu erreichen. Und andererseits Suchtkranke auch noch in Stadien zu erreichen, in welchen mit wenig Aufwand eine spätere, potenzielle schwere und damit nur schwer zu therapierende Suchterkrankung schon früh vermieden werden kann.
3. Um Kosten zu sparen bzw. die konstant wachsenden Gesundheitskosten auch im Bereich der Suchttherapie zu bremsen.

In einem weiteren Schritt kamen nach der reinen Selbsthilfe mittels Internet- und Mobile-Interventionen (IMI) sogenannte angeleitete internetbasierte Selbsthilfeangebote (im Englischen „guided“ self-help) hinzu. Angeleitete suchttherapeutische internetbasierte Selbsthilfe bietet nebst der reinen internetbasierten Selbsthilfe professionelle Kontakte zum Beispiel über ein verschlüsseltes Nachrichtensystem innerhalb einer Anwendung, via Chat oder mittels sogenannter eCoach-Systeme an (Schaub et al., 2015, 2012; Schaub, 2019). Ziel dieser angeleiteten internetbasierten Selbsthilfe ist die Unterstützung beim Durcharbeiten der Selbsthilfefinalhalte. Es geht also um eine Unterstützung beim Durcharbeiten des IMI-Selbsthilfe-Angebotes und nicht um eine eigentliche Suchttherapie analog zur face-to-face-Therapie. Ziele dieser zusätzlichen professionellen Kontakte sind das Vermeiden von Missverständnissen bei der Bearbeitung der Selbsthilfefinalhalte und die Erhöhung der Adhärenz bzw. letztlich die Erhöhung der Wirksamkeit der Selbsthilfefinalanwendung. Beispiele von angeleiteten IMIs aus Österreich sind der *Alkcoach* (www.alkcoach.at) und *Canreduce* (www.canreduce.at) beziehungsweise aus dem Bereich der substanzungebundenen Süchte *Winbackcontrol* (www.genuggespielt.at).

at). Angeleitete Selbsthilfe ist unter anderem bei Personen mit Alkohol- und Cannabismissbrauch wirksamer als alleinige internetbasierte Selbsthilfe (Riper et al., 2018; Schaub et al., 2015; Schaub, 2019).

Angeleitete internetbasierte Selbsthilfeangebote mittels IMI sind weiter nicht zu verwechseln mit Angeboten der Telemedizin, die von ursprünglich interaktiven telefonbasierten Programmen zu videokommunikationsbasierten Programmen wie *Zoom* etc. der therapeutischen Qualität einer face-to-face-Therapie sehr nahekommen können, und wozu es bereits seit Jahren sehr ausführliche Guidelines von entsprechenden Telemedizin-Organisationen gibt (z. B. Krupinski & Bernard, 2014). Bei telemedizinischen Angeboten ist die therapeutische Nähe zur Suchtfachperson also eine ganz andere und setzt voraus, dass zuerst ein face-to-face-Kontakt erfolgte, bei dem die Abrechnung mit der Krankenkasse geklärt wurde und eine entsprechende Diagnosestellung voranging. Entsprechend stellen (angeleitete) internetgestützte Selbsthilfeangebote mittels IMIs auch nie eine Diagnose.

Seit geraumer Zeit gibt es inzwischen vereinzelt bei Angeboten zur Therapie von Angststörungen und Depressionen und meist erst als Gegenstand von Studien sogenannte „Blended“ Therapieangebote (Englisch: blended therapy). Hier liegt das Ziel in der gegenseitigen Optimierung von face-to-face-Therapie und IMI-Angeboten (Erbe et al., 2017). Die Frage, die dahintersteckt, lautet also: Wie kann die face-to-face-Therapie ideal um IMI-Angebote ergänzt werden und vice versa, damit die Vorteile der einen Therapiemodalität die Nachteile der jeweils anderen wettmachen können? Es geht also um die wechselseitige Optimierung der beiden Kommunikationswelten und nicht lediglich um eine Ergänzung von bestehenden face-to-face-Therapieangeboten um zusätzliche IMI-Angebote. Seit der COVID-19-Krise ist aufgrund der Lockdowns und der möglichst einzuschränkenden persönlichen Kontakte das Interesse an IMIs und Blended Therapieangeboten enorm gewachsen. Einzelne Wissenschaftler sehen in der COVID-19-Krise sinnbildlich den „schwarzen Schwan“ für den Technologietransfer und die Implementierung von Online-Therapien ganz generell (Wind et al., 2020). Viele Suchtfachpersonen beginnen gerade wegen der COVID-19-Krise vermehrt neue Kommunikationsmedien nebst den face-to-face-Beratungen zu nutzen oder empfehlen irgendeine App aus einem App-Store, wissen aber nicht recht wie, oder sind aufgrund von Datenschutz- bzw. Schweigepflichtbedenken verunsichert. Daneben gibt es Suchtfachperso-

**Abbildung 1**

Systematische Darstellung der Unterschiede zwischen internetbasierter Selbsthilfe, angeleiteter (guided) internetbasierter Selbsthilfe und Blended Therapie in der Suchthilfe

nen, die neue Technologien in der Beratung/Therapie bereits nutzen und nicht selten auch ungeschützte Technologien verwenden (Skype, unverschlüsselte E-Mail-Nachrichten etc.).

Abbildung 1 veranschaulicht die Unterschiede zwischen internetbasierter Selbsthilfe, guided internetbasierter Selbsthilfe und Blended Suchttherapie. Während bei reiner internetbasierter Selbsthilfe kein Kontakt zwischen dem Klienten und der Suchtfachperson besteht und somit auch kein Zugriff auf die erfassten Daten in einem Online-Programm, besteht bei angeleiteter bzw. guided internetbasierter Selbsthilfe ein erster Zugriff auf eine gemeinsame Datenbank über ein Klientendokumentationssystem auf jene Daten, welche der Klient während seiner Programmteilnahme aktiv oder passiv erzeugt. Dabei sieht die Suchtfachperson nicht die Ansicht des Online-Programmes bzw. der App aus Sicht des Klienten, kann aber aufgrund des Dokumentationssystems Einsicht in den Verlauf erhalten sowie zum Beispiel über ein verschlüsseltes Nachrichtensystem mit ihm in der oben beschriebenen begleitenden, der internetbasierten Selbsthilfe förderlichen Art und Weise kommunizieren.

Ein übersichtliches Dokumentationssystem macht dann Sinn, wenn pro Suchtfachperson mehrere Klienten zugewiesen werden. Bei Blended Suchttherapie existieren hingegen gleich mehrere Kommunikationsweisen. Dabei kann während der Anwesenheit des Klienten (face-to-face) die Ansicht der IMI gemeinsam betrachtet und bearbeitet werden, der Klient bei Abwesenheit mit seiner Suchtfachperson über die IMI kommunizieren und die Suchtfachperson die aufbereitete Dokumentation des Klienten jederzeit online einsehen. Neu ist neben der IMI und dem Dokumentationssystem die dazwischengeschaltete Toolbox. Diese ermöglicht eine effizientere Arbeitsweise für

Suchtfachpersonen und eine intensivere, aber nutzerfreundlichere Behandlung für den Klienten. Letzterer kann beispielweise laufend seine Symptome oder seinen Konsum erfassen, Kurzbefragungen durchführen etc., während die Suchtfachperson kurz vor dem face-to-face-Termin den Symptomverlauf der letzten Woche oder etwa die übersichtlich dargestellten Resultate der zwischenzeitlich vom Klienten ausgefüllten Online-Fragebogen einsehen (Schaub et al., 2020). Es können weiter, je nach Symptomausprägungen, Psychoedukation und Übungen ausgewählt und für den Klienten ein persönlicher Weg hin zur individuellen Verbesserung zusammengestellt werden (Erbe et al., 2017).

In der Suchtberatung kämen beispielsweise als innovative Ansätze das gemeinsame Besprechen und Aktivieren von spezifischen Konsumtagebüchern zur Thematisierung bestehender Konsum- bzw. Beikonsummuster, spezifische innovative Module zur Vermeidung von Langeweile, spezifischen Angstgefühlen, zur Verbesserung des sozialen Problemlösens und weitere Anwendungen hinzu.

Wirksamkeit

Alkoholmissbrauch

Die meisten Wirksamkeitsstudien wurden bisher im Bereich des Alkoholmissbrauchs bei vorwiegend reinen internetbasierten Selbsthilfeinterventionen durchgeführt. In der Metaanalyse von Riper und Kollegen (2018) zeigte sich erstmals, dass guided internetbasierte Selbsthilfe wirksamer ist als alleinige internetbasierte Selbsthilfe. Zudem konnte auch gezeigt werden, dass internetbasierte Selbsthilfeinterventionen sowohl zur Reduktion von Rauschtrinken, schädlichem (> 14/21 Standardgeträn-

ke [SG]/Woche) wie auch starkem (> 50/35 SG/Woche) Trinken (Riper et al., 2018) wirksam sind. Einmaliges personalisiertes Feedback typischerweise mittels dem Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT; Babor et al., 2001) erfasst, zeigte sich übrigens schon länger als weniger effektiv als ausführlichere internetbasierte Selbsthilfe (Riper et al., 2011).

Studien zur Alkoholabstinenz zeigten wiederum einen tendenziell niedrigeren Effekt als solche zum kontrollierten Trinken (Rooke et al., 2010). Erste Studien im Bereich der Nachsorge, welche die längerfristige Alkoholabstinenz verbessern, waren bisher noch wenig erfolgreich (Haug et al., 2015; Lucht et al., 2014). Allerdings konnte die erste großangelegte Studie aus der Routineversorgung in Deutschland zumindest die Anzahl der Tage mit riskantem Alkoholkonsum (Männer > 60 g/Tag; Frauen > 40 g/Tag) mittels eines zwölfmonatigen SMS-Dienstes bei Erwachsenen mit Alkoholabhängigkeit nach der stationären Alkoholentgiftung verbessern (Lucht et al., 2020). Weiter konnte eine Studie, welche gemäß dem Paradigma der Schlüsselreizexpositionstherapie mittels einer App die Standardnachsorge optimieren wollte, keine Verbesserungen zeigen (Mellentin et al., 2019).

Cannabismissbrauch

Im Bereich Cannabismissbrauch sieht es gemäß den letzten Metaanalysen weniger deutlich aus, insbesondere was die längerfristige Konsumreduktion anbelangt, wobei die meisten Studien nur bis zum Zeitpunkt von drei Monaten nach Interventionsbeginn eine Nachbefragung durchführten. Ausführlichere Programme, welche vorwiegend Ansätze der Kognitiven Verhaltenstherapie mit Motivieren der Gesprächsführung kombinierten, waren aber zumindest kurzfristig (≤ 3 Monate) wirksamer als einmalige Interventionen bestehend aus personalisiertem Feedback (Boumparis et al., 2019). Zudem scheinen Programme, welche gezielt guided Selbsthilfe über eine IMI konsequent durchführen, deutlich wirksamer als bisherige Programme zu sein (Schaub et al., 2015; Baumgartner et al., 2021) und vermögen auch häufige komorbide Probleme wie Angstsymptome effektiv zu reduzieren (a.a.O.; Malischnig et al., 2020).

Missbrauch von illegalen Drogen

Im Bereich der illegalen Drogen konnten in einer ersten Metaanalyse die kurzfristige wie

auch längerfristige Wirksamkeit bei der Reduktion von Straßendrogenkonsum mittels IMIs bei Opiatabhängigen bzw. Opiatmissbrauchenden sowie bei Personen mit gemischtem illegalem Substanzkonsum gezeigt werden (Boumparis et al., 2017). Insgesamt müssen diese Befunde aber mit Vorsicht interpretiert werden, da alle bisherigen Studien aus den USA stammen und es unsicher ist, ob diese Ergebnisse auch in Europa mit anderen Kostenübernahmesystemen zustande gekommen wären. Interessant an den Subgruppenergebnissen der besagten Metaanalyse (a.a.O.) ist das Ergebnis, dass vor allem sogenannte Add-on-Studien am besten abschnitten, also Studien, wo eine IMI als Zusatz zur Standardbehandlung wie beispielsweise der Opioidsubstitutionsbehandlung untersucht wurden. Studien zu IMIs zur Reduktion von Stimulanzienmissbrauch waren hingegen bisher wenig erfolgreich (a.a.O.; Schaub et al., 2019).

Reduktion von Verhaltenssüchten

Im Bereich der Verhaltenssüchte ist die Evidenzlage trotz erster vielversprechender Studien zu IMIs vorwiegend im Bereich der Glücksspielsucht (Baumgartner et al., 2019; Hodgins et al., 2019; van der Maas et al., 2019) noch unzureichend. Die noch laufenden randomisiert-kontrollierten Studien im Bereich der Online- und Computerspielsucht (Saruhanjan et al., 2020) bzw. bei problematischem (Online-)Pornographiekonsum (Böthe et al., 2020) sind momentan die einzigen, die nicht im Bereich der Glücksspielsucht angesiedelt sind.

Kontraindikation und Gefahren

Eine der größten Gefahren von IMIs vor allem bei der internetbasierten Selbsthilfe und der angeleiteten internetbasierten Selbsthilfe ist das Nichterkennen von Suizidalität gerade im Suchtbereich. Daher sollten alle IMIs auf Nothilfeangebote bei Suizidalität hinweisen und falls möglich, auch auf Suizidalität hin testen sowie bei erhöhten Werten entsprechend auf geeignete Angebote weiterleiten. Selbstverständlich sollten auch alle IMIs auf lokale Suchthilfeangebote hinweisen, falls eine teilnehmende Person mehr und direktere Hilfe beanspruchen will.

Während einer Konsumkrise und bei akuter Intoxikation sind IMIs kontraindiziert. Einzig bei der Blended Suchttherapie, wo ein ausreichend nahes, medizinisches Setting zu einer Suchtfachperson denkbar ist, könnte eine IMI

unterstützend sein. Erstaunlich ist hingegen die Tatsache, dass schwere Entzugssymptome in der reinen und angeleiteten Selbsthilfe praktisch nicht vorkommen (Schaub et al., 2019); die teilnehmenden Personen konsumieren einfach weiter bzw. wieder mehr und damit verschwinden die meist nur leichten Entzugssymptome.

Dann müssen selbstverständlich trotz der elektronischen Übermittlung der Datenschutz (Datenschutz-Grundverordnung [DSGVO] der Europäischen Union bzw. das österreichische Datenschutzgesetz [DSG]) sowie die Schweigepflicht der jeweiligen involvierten Suchtfachperson berücksichtigt werden.

Zukunftsperspektiven

Es ist naheliegend, dass es gerade in der ambulanten Suchtberatung bzw. Suchttherapie ein vor und ein nach der COVID-19-Krise geben wird. Wahrscheinlich werden viele Suchtfachpersonen nicht wieder zur alleinigen face-to-face-Beratung zurückkehren. Einige werden wohl auch auf den Geschmack vom Homeoffice gekommen sein und nach der COVID-19-Krise zumindest für einen Tag pro Woche von zu Hause aus arbeiten wollen. Die dringend notwendigen Studien, welche konsequent Formen des Blended Treatments untersuchen, werden wahrscheinlich stark zunehmen. Zumindest lässt der Befund, dass Add-on-Studien im illegalen Drogenbereich gute Resultate zeigten (Boumparis et al., 2017), für zukünftige Ergebnisse zur Blended Suchttherapie hoffen. Dabei gibt es auch eine Reihe von qualitativen Untersuchungen, die analog zu jenen ersten Studien im Blended-Bereich der ambulanten Psychotherapie für Depressionen und Angststörungen als nächstes im Bereich der Suchttherapie angegangen werden sollten. Dazu gehören die Untersuchung von Hindernissen (z. B. Mol et al., 2019; Davis et al., 2020) für oder auch die Ausgestaltung von Blended Suchttherapieansätzen (Verhältnis von face-to-face- vs. Online-Sitzungen, Inhalte von Toolboxes etc.; van der Vaart et al., 2014). Zudem empfiehlt sich entsprechend den Schulungsangeboten zur Blended Therapie in der ambulanten Psychotherapie (Erbe et al., 2018), bald auch entsprechende Schulungsangebote für Suchthilfepersonal zur Blended Suchttherapie zu entwickeln.

Daneben werden längst nicht alle verfügbaren technischen Möglichkeiten von Smartphones wie zum Beispiel die Nutzung von Geo-Tagging-Funktionen genutzt (Schaub et al., 2018). Beispielsweise könnten auf dem Smartphone mit dem Therapeuten entwickelte individua-

lisierte Interventionen via Push-Nachrichten angezeigt werden, wenn ein Patient mit einem Kokainproblem jener Bar zu nahe kommt, bei welcher er früher oft sein Kokain gekauft hat. Solche Funktionen werden in der Gesundheitspsychologie im Englischen Just-in-Time Adaptive Interventions (JITAI) genannt (Wang & Miller, 2020).

Ein anderes Beispiel wäre die Möglichkeit, sich bei einem Techno-Festival mit helfenden Peers in der Nähe, deren Aufenthaltsorte direkt auf einer interaktiven Konzertkarte angezeigt werden, zu vernetzen, wenn die Lust nach einer bestimmten Substanz zu groß wird. Solche Funktionen laufen aber im Moment Gefahr, dass sie aufgrund von datenschutzrechtlichen Auflagen oder auch aufgrund von Bedenken der Nutzenden selbst, zumindest im Moment, nicht zukunftsfähig sind. Bleibt zu hoffen, dass, nachdem der vor allem in Europa herrschende Datenschutzstreit mit den führenden Suchmaschinen- beziehungsweise Socialnetwork-Betreibern endlich beigelegt wurde, zumindest auf Nutzenden-Seite wieder mehr Offenheit für neue IMIs auch aus der Suchttherapie übrig bleibt.

Es gibt aber doch einige schon sehr elegante App-Lösungen für Personen mit Suchtproblemen (Schaub et al., 2018). Allerdings werden diese nur sehr selten genutzt. Ein wichtiger Grund dazu besteht darin, dass eine Suchthilfe-App bei den meisten Personen gleich mit einer Vielzahl anderer, oft auch schon seit langem täglich genutzter Apps konkurrieren muss (a.a.O.). Insbesondere sogenannte Messenger-Apps (wie Whatsapp, Signal, Threema etc.), mit welchen gerade Jugendliche und junge Erwachsene täglich mit ihren bestehenden sozialen Netzwerken kommunizieren, stellen eine große Konkurrenz für neue Messenger-Apps im Suchtbereich dar (Haug et al., 2021). Deshalb wäre die Nutzung von bestehenden, weit verbreiteten Messenger-Apps und den bestehenden, potenziell therapieunterstützenden Messenger-Kontakten von Patienten und Klienten so wichtig.

Leider ist es aber aufgrund der Hersteller technisch nicht oder nur eingeschränkt bzw. rechtlich nicht möglich, zusätzliche Software an ihre bestehenden Softwarecodes anzufügen. Das erschwert erheblich die Weiterentwicklung und Nutzung von weit verbreiteten Messenger-Apps für therapeutische Zwecke. Es kann aber gut sein, dass sich dies in absehbarer Zeit mit neuen Kollaborations- und Marktmodellen ändern wird. Wiederum bleibt zu hoffen, dass dabei ein guter Weg im Hinblick auf den Datenschutz gefunden werden kann.

Literatur

- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *AUDIT. The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care* (2nd ed.). Geneva: World Health Organization.
- Baumgartner, C., Bilevicius, E., Khazaal, Y., Achab, S., Schaaf, S., Wenger, A. et al. (2019). Efficacy of a web-based self-help tool to reduce problem gambling in Switzerland: study protocol of a two-armed randomised controlled trial. *British Medical Journal Open*, 9(12), e032110.
- Baumgartner, C., Schaub, M. P., Wenger, A., Malischnig, D., Augsburger, M., Walter M. et al. (2021). CANreduce 2.0 – the effects of adherence-focused guidance for Internet self-help among cannabis misusers: results of a three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e27463. doi:10.2196/27463
- Böthe, B., Baumgartner, C., Schaub, M. P., Dementrovs, Z. & Orosz, G. (2020). Hands-off: Study protocol of a two-armed randomized controlled trial of a web-based self-help tool to reduce problematic pornography use. *Journal of Behavioural Addictions*, 9(2), 433–445.
- Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M. P., Cuijpers, P. & Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. *Addiction*, 112(9), 1521–1532.
- Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D. D., Korf, D., Schaub, M. P. et al. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Dependence*, 200, 82–94.
- Davies, F., Shepherd, H. L., Beatty, L., Clark, B., Butow, P. & Shaw, J. (2020). Implementing web-based therapy in routine mental health care: systematic review of health professionals' perspectives. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), e17362.
- Erbe, D., Eichert, H. C., Riper, H. & Ebert, D. D. (2017). Blending face-to-face and internet-based interventions for the treatment of mental disorders in adults: systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 19(9), e306.
- Haug, S., Lucht, M. J., John, U., Meyer, C. & Schaub, M. P. (2015). A pilot study on the feasibility and acceptability of a text message-based aftercare treatment programme among alcohol outpatients. *Alcohol Alcoholism*, 50(2), 188–194.
- Haug, S., Paz Castro, R., Wenger, A. & Schaub, M. P. (2021). A mobile phone-based life-skills training program for substance use prevention among adolescents: cluster-randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research Mhealth Uhealth*, 9(7), e26951.
- Hodgins, D. C., Cunningham, J. A., Murray, R. & Hagopian, S. (2019). Online self-directed interventions for gambling disorder: randomized controlled trial. *Journal of Gambling Studies*, 35(2), 635–651.
- Lucht, M., Quellmalz, A., Mende, M., Broda, A., Schmiedeknecht, A., Brosteanu, O. et al. (2021). Effect of a 1-year short message service in detoxified alcohol-dependent patients: a multicenter, open-label randomized controlled trial. *Addiction*, 116(6), 1431–1442.
- Lucht, M. J., Hoffman, L., Haug, S., Meyer, C., Pussehl, D., Quellmalz, A. et al. (2014). A surveillance tool using mobile phone short message service to reduce alcohol consumption among alcohol-dependent patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 38(6), 1728–1736.
- Malischnig, D., Baumgartner, C. & Schaub, M. P. (2020). CANreduce 2.0: Reduzierung des Cannabiskonsums unter Berücksichtigung von psychischen Komorbiditäten wie der Generalisierten Angststörung – Zwei Fliegen auf einen Schlag? *Suchttherapie*, 21(04), 194–204.
- Mellentin, A. L., Nielsen, B., Nielsen, A. S., Yu, F., Mejdal, A., Nielsen, D. G. et al. (2019). A mobile phone app featuring cue exposure therapy as aftercare for alcohol use disorders: an investigator-blinded randomized controlled trial. *JMIR Mhealth Uhealth*, 16, 7(8), e13793.
- Mol, M., van Genugten, C., Dozeman, E., van Schaik, D. J. F., Draisma, S., Riper, H. et al. (2019). Why uptake of blended internet-based interventions for depression is challenging: a qualitative study on therapists' perspectives. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 91.
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A. et al. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLOS Medicine*, 15(12), e1002714.
- Riper, H., Spek, V., Boon, B., Conijn, B., Kramer, J., Martin-Abello, K. et al. (2011). Effectiveness of E-self-help interventions for curbing adult problem drinking: a meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 13(2), e42.
- Rooke, S., Thorsteinsson, E., Karpin, A., Copeland, J. & Allsop, D. (2010). Computer-delivered interventions for alcohol and tobacco use: a meta-analysis. *Addiction*, 105(8), 1381–1390.
- Saruhanjan, K., Zarski, A. C., Schaub, M. P. & Ebert, D. D. (2020). Design of a guided internet- and mobile-based intervention for internet use disorder – study protocol for a two-armed ran-

- domized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 190.
- Schaub, M. P. (2019). Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet: eine internationale Perspektive. *Sucht Aktuell*, 3, 29–32.
- Schaub M. P. (2021). How to achieve greater transparency and comparability – Suggested ways to improve the determination of treatment gap and treatment lag. *Drugs and Alcohol Today*, 21, 35–43.
- Schaub, M. P., Castro, R. P., Wenger, A., Baumgartner, C., Stark, L., Ebert, D. D. et al. (2019). Web-based self-help with and without chat counseling to reduce cocaine use in cocaine misusers: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 17, 100251.
- Schaub, M. P., Wenger, A., Berg, O., Beck, T., Stark, L., Buehler, E. et al. (2015). Efficacy of a web-based self-help intervention with and without chat counseling to reduce cannabis use in problematic cannabis users: results of a three-arm randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17(10), e232.
- Schaub, M. P., Yi-Chen Lee, J. & Pirona, A. (2018). *m-Health applications for responding to drug use and associated harms EMCDDA PAPERS*. Brussels: Publications Office of the European Union. ISBN 978-92-9497-368-9.
- Titzler, I., Saruhanjana, K., Berking, M., Riper, H. & Ebert, D. D. (2018). Barriers and facilitators for the implementation of blended psychotherapy for depression: A qualitative pilot study of therapists' perspective. *Internet Interventions*, 12, 150–164.
- van der Maas, M., Shi, J., Elton-Marshall, T., Hodgins, D. C., Sanchez, S., Lobo, D. S. et al. (2019). Internet-based interventions for problem gambling: scoping review. *JMIR Mental Health*, 6(1), e65.
- van der Vaart, R., Witting, M., Riper, H., Kooistra, L., Bohlmeijer, E. T. & van Gemert-Pijnen, L. J. (2014). Blending online therapy into regular face-to-face therapy for depression: content, ratio and preconditions according to patients and therapists using a Delphi study. *BMC Psychiatry*, 14, 355.
- Wang, L. & Miller, L. C. (2020). Just-in-the-moment adaptive interventions (JITAI): A meta-analytical review. *Health Communication*, 35(12), 1531-1544.
- Wind, T. R., Rijkeboer, M., Andersson, G. & Riper, H. (2020). The COVID-19 pandemic: The 'black swan' for mental health care and a turning point for e-health. *Internet Interventions*, 20, 100317.
- Krupinski, E. A. & Bernard, J. (2014). Standards and guidelines in telemedicine and telehealth. *Healthcare (Basel)*, 2(1), 74–93.



Prof. Dr. Michael P. Schaub

Psychologischer Psychotherapeut, seit 2002 in der Suchtforschung tätig. Wissenschaftlicher Direktor des WHO-Kollaborationszentrums Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF), einem assoziierten Institut der Universität Zürich und Titularprofessor für klinische Psychologie an der gleichnamigen Universität. Forschungsschwerpunkte: Neue Medien, Public Health, Evaluations- und Wirksamkeitsstudien, Qualitätssicherung.
michael.schaub@isgf.uzh.ch

Der Therapeut in der Hosentasche – Smartphone-Applikationen als (Co-)Therapeuten?

Oliver Scheibenbogen

Zusammenfassung

Der Umstand, dass Smartphones allgegenwärtig sind, nahezu jede Person ein Smartphone besitzt (Marktdurchdringung größer 90%) und in der Regel dieses zwischen 30- und 50-mal am Tag aktiviert wird, macht es für viele App-Entwickler, aber auch Gesundheitsdiensteanbieter als potentiell Therapeutikum sehr interessant. Wurde vor einigen Jahren eine „Fernbehandlung“ mittels telemedizinischer Applikationen eher kritisch betrachtet, erleben eHealth-Anwendungen seit der COVID-19-Krise einen regelrechten Boom. Apps zur Veränderung des Konsumverhaltens bieten den Vorteil, Betroffene in ihrer natürlichen Umgebung begleiten und entsprechend Interventionen setzen zu können. Während Face-to-Face-Interventionen im ambulanten Setting nur niederfrequent stattfinden (in der Regel maximal ein- bis zweimal die Woche), können Behandlungen am Smartphone wesentlich häufiger und unabhängig von Ort und Zeit durchgeführt werden. Jedoch besteht bis dato ein erheblicher Mangel an wissenschaftlichen Studien zur Akzeptanz und Effektivität dieser digitalen Therapieansätze, ebenso ist die Qualität der angebotenen Applikationen für potenzielle Nutzer kaum zu überblicken. Der Artikel gibt einen Einblick in die gegenwärtige Studienlage, geht der Frage der notwendigen „Guidance“ (Unterstützung durch erfahrene Therapeuten) nach und stellt eine komplementäre Eigenentwicklung vor.

Schlüsselwörter: eHealth, App-gestützte Therapie, guided therapy, Suchtbehandlung

Summary

The fact that smartphones are ubiquitous, that almost every person owns a smartphone (market penetration greater than 90%) and that they are usually activated between 30 and 50 times a day makes it very interesting for many App developers, but also healthcare providers as a potential therapeutic. Whereas a few years ago remote treatment by means of telemedical applications was viewed rather critically, eHealth applications have been experiencing a real boom since the COVID-19 crisis. Apps for changing consumer behavior offer the advantage of being able to accompany affected persons in their natural environment and to set appropriate interventions. While face-to-face interventions in the outpatient setting can only take place at low frequency (usually once or twice a week at most), treatments on smartphones can be carried out much more frequently and independently of time and place. However, to date there is a considerable lack of scientific studies on the acceptance and effectiveness of these digital therapy approaches, and the quality of the applications offered is also difficult for potential users to survey. The article provides an insight into the current state of studies, addresses the question of the necessary guidance (support by therapists) and presents a complementary proprietary development.

Keywords: eHealth, therapy apps, guided therapy, addiction treatment

1 Einleitung

Das Smartphone ist unser ständiger Begleiter, wir tragen es als Funktionserweiterung zu meist am Körper und entwickeln Ängste, wenn wir es nicht bei uns tragen. Die „Fear of Mis-

sing Out“ (kurz FOMO), umgangssprachlich als „Soziale-Medien-Krankheit“ bezeichnet, wurde 2013 erstmals im Oxford Dictionary erwähnt, wobei sie wie folgt definiert ist: „... a feeling of worry that an interesting or exciting event is happening somewhere else“ (Oxford

Advanced Learner's Dictionary, 2021). Das Gefühl der Sorge, dass ein interessantes oder aufregendes Ereignis irgendwo anders stattfindet, resultiert aus dem Anschlussmotiv, das bei der Genese der FOMO eine zentrale Rolle spielen dürfte. Nach McClelland (1985) gibt es angeborene natürliche Anreize bzw. Motive, die in spezifischen Verhaltensweisen münden. Dem Anschlussmotiv (contact incentives) steht die Furcht vor Ablehnung und Ausgrenzung antagonistisch gegenüber, dem Leistungsmotiv (variety incentives) Furcht vor Misserfolg und dem Machtmotiv (impact incentives) der Kontrollverlust. Auch in anderen Theorien zur Vorhersage menschlichen Verhaltens (Heckhausen, Cattell, McDougall, Murray) bis hin zu hierarchischen Modellen, wie jenes von Maslow, finden sich zahlreiche Anreizwerte, die scheinbar mittels Smartphone gestillt werden können. Aus der wissenschaftlichen Perspektive handelt es sich streng genommen bei FOMO nicht um eine Krankheit, sondern lediglich um ein Symptom, das im „Checking Behaviour“, dem ständigen Überprüfen des Smartphones auf neue Nachrichten mündet. Einerseits resultiert daraus eine ständige Ablenkung, eine Distract-Bedingung, die ein konzentriertes Arbeiten kaum möglich macht, andererseits kann dieses Checking Behaviour auch für gesundheitsförderliche Maßnahmen und sogar für therapeutische Zwecke nutzbar gemacht werden, da es die Kommunikation erleichtert.

2 Von der Smartphonennutzung zum unverzichtbaren Begleiter

Neben der Erreichbarkeit von PatientInnen mittels Smartphone sind die Omnipräsenz und Ubiquität des Smartphones, die Griffnähe und die Option, mehrmals täglich eine Veränderung menschlichen Erlebens und Verhaltens üben und trainieren zu können, der Grundgedanke aller therapeutisch orientierten Applikationen am Smartphone.

Montag (2018) kommt in seinen Studien mittels „Menthal-App“ (siehe Exkurs Mental-App) auf eine durchschnittliche Zeitspanne von 18 Minuten zwischen zwei Smartphoneaktivierungen. Zwei Stunden und 24 Minuten verbringen wir weltweit durchschnittlich mit sozialen Medien (We Are Social, 2019). Aus lerntheoretischer Sicht entspricht dies einer enormen Verstärkerfrequenz beim operanten Konditionieren. In kaum einem anderen Kontext sind solche Wiederholungsraten z. B. zum Einprägen von gesundheitsförderlichen Inhalten, zu generieren.

2.1 Exkurs Mental-App

Die Mental-App zeichnet alle Aktivitäten am Smartphone auf, analysiert die Tätigkeiten der User und gibt entsprechendes Feedback. Die App ist seit 2014 für Android-Smartphones verfügbar und hat bis dato mehr als 700 000 Teilnehmer angezogen. Sie stellt laut den Autoren den größten Datensatz menschlichen Verhaltens dar, der der akademischen Forschung zur Verfügung steht. Die App wurde an der Universität Bonn entwickelt. Nähere Informationen siehe <https://menthal.org/>.

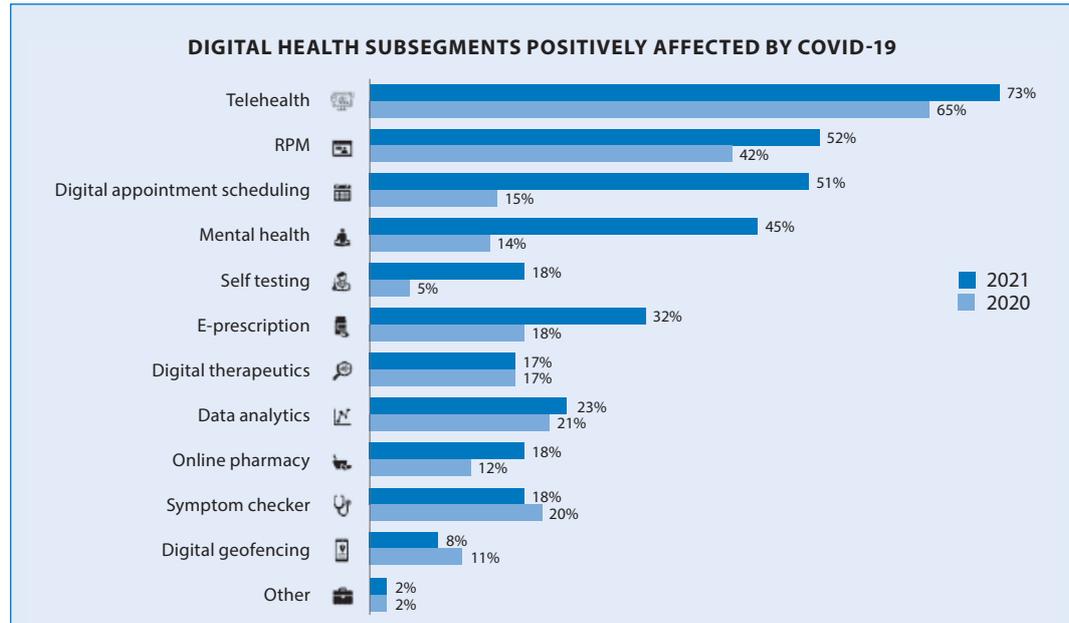
Durch die COVID-19-Pandemie hat sich das Interesse an eHealth-Anwendungen weiter verstärkt. Dabei versteht man unter eHealth (englisch für „auf elektronischer Datenverarbeitung basierende Gesundheitsinterventionen“) einen Sammelbegriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen. Dies reicht von der Elektronischen Gesundheitsakte (ELGA), bis hin zu sehr komplexen Anwendungen in der Telemedizin mit Optionen der Ferndiagnostik und -behandlung. Ein Unterbegriff ist jener der mHealth oder Mobile Health (englisch mobile Gesundheit), der sich auf medizinisch-therapeutische Verfahren und Maßnahmen auf mobilen Endgeräten wie Smartphones, Tablets oder persönlichen digitalen AssistentInnen beschränkt (Scheibenbogen, 2018). Ein weiterer, sich teilweise überlappender Begriff ist jener des eMental-Health, der ausschließlich auf elektronische Applikationen im Bereich der mentalen Gesundheit fokussiert, unabhängig davon, ob dies auf mobilen Endgeräten oder auf Desktop-PC stattfindet.

Die größten Steigerungsraten, bedingt durch die COVID-19-Krise, weisen in einer Befragung in Europa und Nordamerika von Research 2 Guidance (2021) Telegesundheitsdienste und Monitoringsysteme (Remote Patient Monitoring, RPM) auf. Aber auch Gesundheitsdienste im Bereich der mentalen Gesundheit treffen seit der Pandemie auf wesentlich mehr Akzeptanz bei Hilfesuchenden wie auch AnbieterInnen und Finanziers (siehe Abbildung 1).

Dem Smartphone als Therapeutikum wird auch deshalb ein so enormes Potenzial für die Therapie zugeschrieben, da es immer mehr mit unserem Körper zu verschmelzen scheint und damit fast ein Teil von uns selbst wird. Das klingt zunächst skurril und futuristisch, es gibt aber erste empirische Befunde, die diese Hypothese unterstreichen. So konnten Liepelt und Kollegen (2017) mit einer Adaptation des klassischen Gummihand-Illusions-Experiments zeigen, dass das zeitsynchrone Streicheln der eigenen, hinter einem kleinen Paravent verborgenen Hand und dem Smartphone (dieses

Abbildung 1

Digitale Gesundheitsdienste und -anwendungen in Zeiten der COVID-19-Krise (Research 2 Guidance, 2021)



ist sichtbar) zu einem propriozeptiven Drift (Längen- und Lageverschiebung der eigenen Wahrnehmung des eigenen Körpers bzw. von Körperteilen) führt (siehe Abbildung 2). Nach wenigen Minuten fühlt es sich für ProbandInnen subjektiv so an, als ob das Smartphone Teil des eigenen Körpers geworden ist. Frühere Experimente mit einer optisch ähnlichen Gummihand führen zu dem gleichen Effekt.

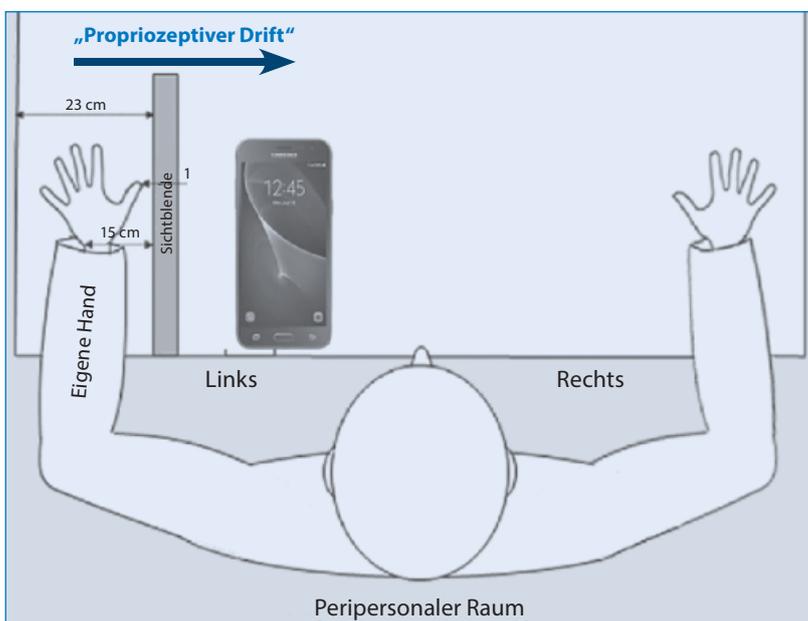
Die ForscherInnen waren über die Ergebnisse mit dem Smartphone sehr überrascht, da die optische Ähnlichkeit bis dato als Erklärung für den Effekt herangezogen wurde. Der propriozeptive Drift kommt dadurch zustande, dass sensorisch-taktile Informationen der Hand mit jenen des visuellen Systems durch neuronale Verarbeitung zu einer ganzheitlich schlüssigen

Wahrnehmung integriert werden. Je ähnlicher Objekte natürlichen Gliedmaßen sind, desto einfacher gelingt es, diese unterschiedlichen Reizqualitäten in Deckung zu bringen. Diese zunächst unerwarteten Ergebnisse des Experiments mit dem Smartphone versuchten die WissenschaftlerInnen mittels eines Holzblocks nahezu identer Größe wie das Smartphone zu verifizieren. Dabei trat jedoch kein propriozeptiver Drift auf, der Holzblock wurde nicht als dem Körper zugehörig empfunden. Die AutorInnen kamen zu dem Schluss, dass das Smartphone aufgrund seiner Nutzungsfrequenz eine dermaßen hohe Vertrautheit erlangt hat, dass es uns zugehörig zum eigenen Körper erscheinen kann.

Diese Körperintegration führt in Fachkreisen auch zur Diskussion, ob wir dadurch nicht zu Cyborgs werden. Ursprünglich in der Science-Fiction-Literatur entstanden, ist ein Cyborg jemand, der durch implantierte Technik seinen Funktionsumfang erweitert (Krützfeldt, 2015). Es handelt sich demnach um eine tiefe Verschmelzung von Biologie und Technologie, die teils kybernetische und teils organische Eigenschaften aufweist. Da diese technologische Erweiterung implantiert sein kann, aber nicht muss, stellt auch die Person, welche externe technische Geräte, wie beispielsweise das Smartphone, intensiv nutzt, streng genommen einen Cyborg dar. Diese technologische Erweiterung führt regelrecht zu einer Flut an neuen möglichen Anwendungen auch im mHealth-Bereich. Um der Vollständigkeit Rechnung zu tragen, sei erwähnt, dass z. B. PatientInnen mit implantiertem Herzschrittmacher keine Cyborgs laut Definition darstellen, da es sich dabei um keine Erweiterung der menschlichen Funk-

Abbildung 2

Adaptierte Gummihand-illusion nach Liepelt und Kollegen (2017), Grafik verändert durch den Autor



tionen, sondern um deren Wiederherstellung handelt.

3 APPs zur Veränderung des Konsumverhaltens

Viele psychisch erkrankte Personen im Allgemeinen und suchterkrankte im Speziellen sind vor zahlreiche Hürden gestellt, um Beratung oder Behandlung in Anspruch nehmen zu können. Nach wie vor sind Suchterkrankte stark von Stigmatisierung betroffen. Aus Scham oder dem Gefühl, schwach bzw. willensschwach zu sein, wird fachliche Hilfe erst sehr spät im Krankheitsverlauf in Anspruch genommen. Zeitmangel, Abklärung der Versicherung, Mangel an Therapieplätzen und große Entfernungen zur nächsten Behandlungseinrichtung sind weitere Barrieren potenziell hilfesuchender Personen. Im Gegensatz zu traditionellen suchtspezifischen Interventionen, die auf Begegnungen zwischen PatientInnen und BehandlerInnen beruhen, liefern mobile Apps zeitnahe Interventionen an Personen in ihrer natürlichen Umgebung und das auch unter Umständen in prekären Situationen, in denen der/die Betroffene beispielsweise unmittelbar vor einem Rückfall steht. Dies ist in herkömmlichen Settings der Face-to-Face-Begegnung meist nicht der Fall, oft ist der/die BehandlerIn in Krisensituationen nicht zur Verfügung, das Smartphone jedoch aus oben genannten Gründen sehr wohl.

Die angebotenen Apps variieren nach wie vor sehr stark in ihrer Qualität und Funktionalität. Einige mobile Apps tracken lediglich das Konsumverhalten indem der User kontinuierlich sein Konsumverhalten am Smartphone eingibt, und errechnen daraus den Blutalkoholgehalt des/der AnwenderIn ohne Anspruch auf präventive oder therapeutische Wirkung, während andere als Erweiterung bestehender tradierter Behandlungsverfahren hoch komplexe Therapiebausteine enthalten. Häufig fehlen evidenzbasierte Wirksamkeitsnachweise für die gesamte Applikation oder einzelne Interventionskomponenten (Malte et al., 2021).

Ein Produkt zu nutzen, und als solches kann auch eine App zurecht bezeichnet werden, hängt stark mit der Benutzerfreundlichkeit (Usability) zusammen. Daher konzentrieren sich viele Studien nach wie vor auf diesen Aspekt. Derzeit scheint die Anzahl der Studien, die ausschließlich die BenutzerInnenfreundlichkeit evaluieren, gegenüber jenen, die sich der Wirksamkeit annehmen, noch in der Überzahl zu sein (Miralles et al., 2020). Längsschnittstudien zur Evaluation der smartpho-

ne-basierten bzw. -unterstützten Behandlung spezifischer klinischer Krankheitsbilder sind rar. Eine zufällige Zuordnung zu Versuchs- und Kontrollgruppe (RCT-Studien) sowie Kreuzvalidierungen als Maßnahmen der Qualitätssicherung sind in Studien kaum zu finden.

Ein weiteres Manko der überwiegenden Anzahl an derzeit existierenden Apps besteht darin, dass diese nur ein explizites Störungsbild im Behandlungsfokus haben. In der Therapie geht es jedoch auch um die (Mit-)Behandlung der komorbiden Störungen und um die Therapie des Systems, in dem die Indexperson lebt. Generell stellen Apps, mit wenigen Ausnahmen, derzeit keinen ganzheitlichen Behandlungsansatz dar.

Die App-Entwicklung konzentriert sich gegenwärtig sehr stark an der Umsetzung von therapeutischen Interventionstechniken aus der Realsituation (Face-2-Face) in die digitale mobile Welt. Dabei treffen EntwicklerInnen auf ähnliche Probleme, wie es sie früher bei der Transferierung z. B. asiatischer Behandlungsansätze in die westliche Welt gegeben hat. Exemplarisch sei dies anhand einer Aussage eines chinesischen Arztes um 180–270 n. Chr. verdeutlicht. Wang Shu-Ho meinte:

„Wenn das Herz so regelmäßig wie das Klopfen eines Spechtes oder das Tröpfeln des Regens auf dem Dach wird, wird der Patient innerhalb von vier Tagen sterben.“

Transferiert man diese skurril anmutende Aussage in die heutige westliche Welt, so bedeutet dies, dass eine eingeschränkte Herzratenvariabilität (kaum Schwankungen der Herzrate bzw. des Interbeatintervalls) ein krankheitswertiges Zeichen darstellen kann, dem man diagnostisch auf den Grund gehen sollte. Historisch als auch geografisch bedingte kulturelle Unterschiede haben die Akzeptanz und Wirksamkeit neuer Behandlungsverfahren schwer belastet und oftmals zu einem Scheitern bei der Implementierung in bestehende tradierte Behandlungsangebote geführt. Ein ähnliches Phänomen ist bei der Transferierung realer Begegnungen in digitale Interaktionen zu beobachten. Eine Eins-zu-Eins-Umsetzung therapeutischer Techniken, wie z. B. Behandlungsmanuale in die digitale Welt, ist daher nicht empfehlenswert. Der Grund dafür liegt in der Missachtung des Kontextes, in dem sich die Indexperson befindet, ein/e TherapeutIn spürt und berücksichtigt dies unmittelbar aus seiner/ihrer Erfahrung heraus. Interessanterweise bieten Smartphones aufgrund ihrer Sensoren und Schnittstellen viele Möglichkeiten, die bis dato ungenutzt bleiben. Augmented-Reality-Funktionen, bei denen kontextbezogene Inhalte

Tabelle 1

Apps zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen, nach Miralles et al. (2020)

Namen der Apps	
Drink Less	Smoke Mind
Fit & Sober	Social-Local-Mo
Mind the Moment	A-CHESS
S-Health	CET App
SEVA	Kick.it
SmartQuit	Smart-T

bereitgestellt werden können, die z. B. einer/m PatientIn mit Suchterkrankung im Falle einer Cravingattacke in seiner realen Umgebung wichtige Unterstützung in Form von Texten, Bildern und unterstützenden Avataren (kurze-Videos) geben könnten, um den Rückfall doch noch abzuwenden, sind gegenwärtig kaum ein Thema in wissenschaftlichen Studien. Denkbar ist eine Aktivierung eines unterstützenden Avatars durch den User selbst als auch im Fall von örtlich zu definierenden Risikosituationen, wie Gasthäuser, Glücksspiellokaltäten oder Drogenumschlagplätzen, durch GPS-Tracking.

Eine aus Sicht des Autors sehr vielversprechende sensorische Erweiterung neben Augmented Reality ist das transdermale Alkoholmonitoring, bei dem mittels eines Fußbandes in kurzen Zeitintervallen der Alkoholgehalt über die Haut erfasst wird. Ursprünglich stammt diese Technologie, als alkoholische Fußfessel bezeichnet, aus dem forensischen Bereich, um alkoholauffällige StraftäterInnen überwachen zu können. Im therapeutischen Kontext, sofern es eine Verbindung zum Smartphone der Indexperson gibt, könnte sich dieser Sensor als digitales Antabus (Anm.: Medikament, das in den Stoffwechsel beim Alkoholabbau eingreift und eine starke Unverträglichkeitsreaktion erzeugt, wenn Alkohol konsumiert wird. im Sinne einer digitalen Unterstützung zur Stärkung der Selbstkontrollfähigkeit erweisen. Incentives am Smartphone erhöhen die Motivation und machen den Therapiefortschritt sichtbar, während eine Verbindung zum Klinikserver den/ die BehandlerIn über Abstinenz bzw. Rückfall nahezu zeitsynchron in Kenntnis setzt. In zwei klinischen Studien (Alessi et al., 2017) konnte eine hohe Akzeptanz, lediglich neun Prozent lehnten das Tragen eines Bandes ab, eine hohe Compliance während des Tragens sowie eine subjektiv wahrgenommene Hilfe durch das Tragen des Bandes, festgestellt werden. Einundachtzig Prozent der ProbandInnen gaben an, das Band hätte ihnen geholfen, über zwölf Wochen abstinent zu bleiben, 75 Prozent würden das Band auch weiter, über die Studiendauer hinaus, verwenden.

In einem systematischen Review zu Therapieapplikationen für das Smartphone von Miralles und Kollegen (2020) identifizierten die

AutorInnen 6116 Studien, von diesen erfüllten jedoch lediglich 158 die Einschlusskriterien. Nach depressiven Störungen (20%) und Angststörungen (11%) sowie einer Restkategorie mit unterschiedlichsten Störungsbildern entfielen zehn Prozent aller Studien auf die App-gestützte Behandlung substanzbezogener Störungen und Abhängigkeitserkrankungen.

Tabelle 1 listet die von den AutorInnen zur Behandlung von substanzbezogenen Störungen untersuchten Applikationen auf.

Den potenziellen Vorteilen therapeutischer Apps am Smartphone stehen eine Vielzahl von Nachteilen und Risiken gegenüber. Wie die Studie von Miralles und Kollegen (2020) zeigt, ist die Anzahl an validierten Applikationen noch sehr gering. In den App-Stores von Google™ und Apple™ finden sich aber mehrere tausend Apps. Hier ist aufgrund mangelnder Evidenz davon auszugehen, dass die angebotenen Programme auch zu unerwünschten Nebenwirkungen mit erheblichem Risiko zur Verschlechterung der Beschwerden beitragen können.

Ein Risiko neben vielen anderen, das an dieser Stelle explizit hervorgehoben werden soll, ist die verstärkte Smartphonennutzung durch Apps von Gesundheitsdiensteanbietern auf mobilen Endgeräten. Personen, die bereits ihr Smartphone in problematischer Weise nutzen, umgangssprachlich oft als „Power-User“ bezeichnet, die unter dem Checking Behaviour, FOMO und Nomophobie leiden, könnten durch zusätzliche, scheinbar gesundheitsförderliche Anreize, wie jene der Nutzung von Gesundheitsapplikationen, ihr problematisches Verhalten intensivieren. Dies eröffnet die Diskussion rund um das Thema der Smartphonesucht, die derzeit im ICD-11 unter Computerspielsucht 6C51, wenn überwiegend am Smartphone gespielt wird, eingeordnet wird. Eine explizite Diagnose für exzessive Nutzung von Social Network Sites gibt es bis dato nicht. Montag und Kollegen (2021) schlagen in ihrer Taxonomie die Unterscheidung in „Predominantly mobile“ und „Predominantly non-mobile“ vor, um die Spezifikationen der mobilen Nutzung bereits in der Diagnosestellung zu betonen. Forschungsansätze, die unterschiedliche Nutzungsweisen am Smartphone berücksichtigen und diese in den Kontext einer möglichen Smartphonesucht stellen, sind dem Autor nicht bekannt. Die beiden meistbeforschten Anwendungsgebiete sind Computerspiele und Social-Network-Sites-Nutzung. Es ist jedoch zu erwarten, dass die zunehmende Integration unterschiedlichster Dienste am Smartphone die Nutzung weiter intensivieren wird und dass diese verstärkte Nutzung auch mit spezifischen Problemen bei bestimmten Personengruppen einhergehen wird.

Ein weiteres Problem ist das Thema „Data-Owner, Datensicherheit und Privatsphäre“. Ein Drittel bis zur Hälfte aller untersuchten Apps weist keine Datenschutzrichtlinien auf (Miralles et al., 2020). Die AutorInnen fanden heraus, dass sogar viele Apps Daten für Werbe- und Marketingzwecke an Dritte weitergeben werden. Wem gehören die über Tracking Apps gesammelten Daten? Dem/der BetreiberIn der Software, den großen Technologiekonzernen, den Gesundheitsdienste-AnbieterInnen? Wie sicher sind die Daten gespeichert? Derzeit werden gesundheitsbezogene Daten im Falle einer Krankenbehandlung auf speziell abgesicherten Gesundheitsservern abgelegt, da hier ein besonders hohes Interesse daran besteht, dass diese sensiblen Daten nicht weiter eingesehen werden können. Für Applikationen aus App-Stores aus der Rubrik Gesundheit und Fitness gelten diese Regelungen zumeist nicht.

Für die Behandlung und Beratung im Kontext illegaler Drogen wurde bereits 2017 eine Scoping-Studie durch das EMCDDA in Auftrag gegeben (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, 2018). Dabei wurden die bekanntesten App-Stores von Google™, Apple™ und Microsoft™ zu den Oberbegriffen „drugs, health interventions und intervention settings“ durchsucht. Apps, die ausschließlich zur Behandlung von Tabak- oder Alkoholabhängigkeit verwendet werden, sowie Apps mit weniger als 50 Downloads seit dem Release wurden ausgeschlossen. Letztlich blieben 67 Applikationen übrig, die einer weiteren Betrachtung unterzogen wurden. Die Apps unterscheiden sich sehr stark bezüglich ihrer Intention und Funktionalität und der Zielgruppe. Die Bandbreite der Applikationen reicht von Apps, die lediglich ein Glossar zu Drogen und Drogenwirkung als reine Information darbieten, bis hin zu Apps von professionellen GesundheitsdiensteanbieterInnen, eingesetzt als ein Baustein in einer komplexen Behandlungskette. Der überwiegende Teil der Apps ist kostenfrei, manche bieten App-In-Kaufmöglichkeiten für erweiterte Funktionen. Die AutorInnen des EMCDDA-Reports teilten die Applikationen in drei wesentliche Gruppen, jene, die reine Informationen zu Drogen und drogenassoziierten Themen bereit stellen (z. B. Glossare), Apps die im weitesten Sinne zur „Harm Reduction“ konzipiert wurden und als Ziel eine Reduktion des Drogenkonsums oder Abstinenz aufwiesen, sowie Apps die mit bestehender Infrastruktur von GesundheitsdiensteanbieterInnen im Sinne einer Kapazitätserweiterung fungieren. Auch in dieser Studie wird deutlich, dass viele Apps zwar teilweise auf wissenschaftliche Theorien, wie z. B. in diesem Fall, jene der Sozialen

Normen aufbauen und daher eine Veränderung der Fehlwahrnehmung als Korrektiv zum Ziel haben. Eine wissenschaftliche Überprüfung, ob die theoretischen Konstrukte auch tatsächlich in der Verwendung der Apps eine Einstellungs- und Verhaltensänderung beim/bei der UserIn zur Folge haben, steht noch weitgehend aus. Konsumtracker, Geo-Tracking (um positionsspezifisch Kontakt zu Suchthilfeeinrichtungen herstellen zu können), das Empfangen von personalisierten und/oder automatisch generierten Rückmeldungen, das Verlinken mit sozialen Netzwerkfreunden zur sozialen Unterstützung sind gängige Funktionen dieser Applikationen. Besonders jene Gruppe der Apps, die Health-Professionals unterstützen soll, ist derzeit noch in der Minderzahl. Der Grund für den Mangel an Apps an der Schnittstelle zur professionellen Suchthilfe mit Implementierung in bestehende Krankenhausinformationssysteme sind der enorm hohe Aufwand, die schwierigen rechtlichen Fragestellungen in Bezug auf Datenschutz und Verantwortlichkeit sowie letztlich die enormen Kosten, die mit dieser Integration verbunden sind.

4 Faktoren zur Beurteilung der Qualität von mobilen Applikationen im Gesundheitsbereich

4.1 Definition der Zielgruppe

Es muss für potenzielle UserInnen von Mobile-health-Apps klar und deutlich ersichtlich sein, an welchen Personenkreis sich die Applikation richtet. Gerade im Suchtbereich ist eine Unterscheidung der unterschiedlichen Konsumformen in Bezug auf die Substanz(-klasse) bzw. Art der Verhaltenssucht, den Schweregrad des problematischen bzw. pathologischen Konsums von zentraler Bedeutung. Ferner ist initial bei der Verwendung der App auch eine Risikoabschätzung in Bezug auf zu erwartende Entzugserscheinungen und andere Komplikationen bei Veränderung des Substanzkonsums mit entsprechenden Rückmeldungen und Warnungen zwingend erforderlich, da eine medizinische Entzugsbehandlung unter Umständen notwendig sein kann. Gerade suchterkrankte Personen sind durch Schuld- und Schamgefühle sowie die Stigmatisierung durch die Gesellschaft dermaßen belastet, dass erste Selbstheilungsversuche fast zwangsläufig im Verborgenen vor sich gehen. Deshalb üben Smartphone-Apps zur Reduktion des Konsums auch eine enorme Anziehung auf die Betroffenen aus, da deren Anwendung abseits der Wahrnehmung des sozialen Umfeldes erfolgen

kann. Ein „Outing“ als suchtkrank kann so weiter hinausgezögert oder vermieden werden. Im Falle eines Scheiterns (Rückkehr zum alten problematischen Konsummuster) entfällt die oftmals notwendige Rechtfertigung gegenüber Angehörigen, da der Entwöhnungsversuch ja im Heimlichen stattfand.

4.2 Evidenzbasierung und Wirksamkeitsstudien

UserInnen haben die Erwartung, dass es durch die Verwendung der Apps zu einer nachhaltigen Einstellungs- und Verhaltensänderung in gewünschter Richtung kommt. mHealth-Apps können nicht nur zu einer Erschließung von neuen Zielgruppen beitragen, auch der gegenteilige Effekt ist denkbar. Ineffiziente Apps bewirken ein Verharren der UserInnen in der Applikation, diese wiegen sich so weiter in der Hoffnung, doch noch einen (Selbst-)Behandlungserfolg erzielen zu können, und verlieren zunehmend die Motivation, sich professioneller Hilfe zuzuwenden. Professionelle BehandlerInnen thematisieren in der Suchttherapie eine mögliche Stagnation des Therapiefortschritts, passen die Therapie entsprechend an und empfehlen ggf. einen Settingwechsel. Applikationen wohnt diese (selbstlose) Option, aus ökonomischen Gründen, in der Regel nicht inne, wäre aber ohne großen Aufwand zu realisieren.

Gegenwärtig wird eine groß angelegte RTC-Studie in Großbritannien durchgeführt, die die Effektivität der App „Drink Less“ mit jener der offiziellen Webpage des NHS (National Health Service) zum Thema Alkoholprobleme vergleicht (Garnett et al., 2020). Die Entwicklung der App „Drink Less“ sei hier etwas ausführlicher dargestellt, da sie als ein gutes Beispiel für ein theoriengeleitetes Vorgehen in der Entwicklung der App sowie einer empirischer

Wirksamkeitsüberprüfung fungieren kann. Es basiert theoretisch auf dem COM-B-Modell. Dieses geht davon aus, dass Verhalten aus den Wechselwirkungen der Faktoren „Fähigkeit“ (Capability), „Gelegenheit“ (Opportunity) und „Motivation“ (Motivation) resultiert. „Drink Less“ besteht aus sieben Schlüsselmodulen (siehe Tabelle 2). Auch eine Usability-Analyse wurde durchgeführt, deren Ergebnisse dafür sprechen, dass die Nutzer von „Drink Less“ die App als ansprechend empfanden. Die EntwicklerInnen verfolgen dabei drei Strategien zur Steigerung der Effektivität und Benutzerfreundlichkeit der App. Neben der Durchführung von Faktoranalysen zur Identifikation der effizientesten Module fließen auch die Erkenntnisse aus den Inhaltsanalysen der BenutzerInnenfeedbacks mit ein. Letztlich wird in einem längeren Entwicklungsprozess eine Aktualisierung der Evidenzüberprüfung mittels Metaanalysen durchgeführt.

4.3 Guidance – Unterstützung bei technischen Problemen und therapeutische Begleitung

Viele App-EntwicklerInnen und AnbieterInnen sehen in der Implementierung von elektronischen Lösungen in der Behandlung ein enormes Potential, Personalkosten einzusparen. Sind passende Algorithmen entwickelt, lassen sich diese ohne großen Aufwand bei sehr vielen Betroffenen zum Einsatz bringen, in der Wirtschaft wird in diesem Kontext von Skalierbarkeit gesprochen. Zwar kann auch bei Online-Interventionen eine gute tragfähige Beziehung aufgebaut werden (Cook & Doyle, 2002), jedoch stehen dahinter echte TherapeutInnen, lediglich das Kommunikationsmedium ist digital. Bereitgestellte persönliche Unterstützung bei Online-Therapie reduziert die Drop-

Tabelle 2

Module der App „Drink Less“

Modul	Kurzbeschreibung
Zielsetzung (Goal setting)	Wöchentliche Ziele sowie spezifische Zielvereinbarungen können herausgearbeitet und gesetzt werden.
Normatives Feedback (Normative feedback)	Das Konsummuster wird im Kontext sozialer Normen auf Diskrepanz geprüft, um das eigene Trinken als Abweichung von der Norm zu begreifen.
Kognitive Verzerrungen auflösen (Cognitive bias retraining)	Spielerisches Training, um kognitive Verzerrungen aufzulösen (Cognitive bias modification).
Self-monitoring and feedback (Selbstmonitoring und Feedback)	Kontinuierliche Aufzeichnung des Konsumverhaltens mit entsprechendem Feedback
Action planning (Handlungsplanung)	Umgang mit Risikosituationen, Handlungsplanung im Falle von Craving-situationen
Behavioural Substitution (Verhaltensbasierte Substitution)	Die Zeit, in der zuvor getrunken wurde, soll durch gesundheitsförderliche Verhaltensweisen ersetzt werden.
Identity change (Veränderung der Identität)	Betroffene sollen sich nicht länger als „TrinkerInnen“ begreifen, sondern als Personen, die neben der Suchterkrankung auch gesunde Anteile haben.

Out-Rate, die gerade mit steigender Dauer der Online-Therapie wächst (Van Ballegooijen et al., 2014). Werden jedoch immer die gleichen Algorithmen zur Anwendung gebracht, verliert der/die UserIn zunehmend das Interesse an der App-gestützten Behandlung. Deshalb bedarf es auch hier immer wieder neuer Impulse, einer Adaptierung der Therapie im Laufe des Therapiefortschritts und Abhängigkeit individueller Bedürfnisse des/der UserIn. Meta-Analysen von Richards und Richardson (2012) zeigten Effektstärken (Cohens d) von $d = 0.78$ für unterstützte/begleitete Interventionen, $d = 0.58$ für Behandlung mit administrativem Support und $d = 0.36$ für Studien ohne jegliche Form der Unterstützung bei der Behandlung von Depressionen. Ähnliche Befunde finden sich auch für die Therapie von Angsterkrankungen, jenes psychischen Störungsbildes mit der höchsten Evidenz in der Wirksamkeitsforschung.

Apps sollten im Licht der obigen Betrachtungen nie als Stand-alone-Lösung in der (Sucht-)Behandlung angeboten werden, sie verstehen sich als komplementäres Verfahren zu tradierten Behandlungsformen. Neben einer therapeutischen Guidance ist auch ein technischer Support, gerade in der Initialphase, für den Erfolg der Behandlung unabdingbar.

5 MATT (Mobile Aided Treatment, Therapy and Training) – Eine Eigenentwicklung für den Suchtbereich

Der Autor und sein Schwager haben 2018 eine native App für Android-Smartphones entwickelt, die an der Schnittstelle zwischen stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge angesiedelt ist (Scheibenbogen et al., 2018). Ursprünglich zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit konzipiert, hat sie in den letzten Jahren eine Erweiterung um die Funktion der Tabakentwöhnung erfahren. In dieser Form wurde die App 2019 an eine/n große/n GesundheitsdiensteanbieterIn verkauft.

Die App versucht, die oben besprochenen Guidelines so weit wie möglich zu berücksichtigen, indem sie schon zur Installation (stationäre PatientInnen) technischen Support bietet. Der Funktionsumfang erlaubt einerseits ein autonomes Arbeiten der PatientInnen, andererseits unterstützt sie die Face-to-Face-Therapie im Nachbehandlungssetting. Dies wird über ein „Clinical Expert Interface (CEI)“ möglich, dass dem/der behandelnden TherapeutIn Einsicht in die Aktivitäten des/der von ihm/ihr betreuten PatientIn am Desktop-PC, sowie eine asyn-



Abbildung 3
Vorteile der Abstinenz und Nachteile des Konsums in der MATT-App

chrone bidirektionale Kommunikation mittels integriertem Messenger-System ermöglicht. Im klinischen Setting werden standardmäßig, sowohl im Gruppen- als auch im Einzelverfahren, sowohl die Vorteile der Abstinenz als auch die Nachteile des Konsums erarbeitet (siehe auch Abbildung 3).

Diese therapeutischen Inhalte werden in die App integriert und deren adäquate Verwendung in Krisensituationen (z. B. bei Craving) durch ein integriertes Trainingsprogramm geübt. Je nachdem, ob das initial definierte Therapieziel die totale Abstinenz oder ein kontrollierter Konsum ist, werden mit den generierten Feedbacks aus dem Trackingsystem andere Inhalte an den/die UserIn zurückgesendet. Eine Aufstellung der wesentlichsten Funktionen der Apps findet sich in Tabelle 3 wieder.

Zirka die Hälfte aller in stationärer Behandlung befindlicher Personen fühlen sich sozial nicht unterstützt, sondern sogar belastet (Scheibenbogen et al., 2017). Soziale Unterstützung ist jedoch eine sehr wesentliche Strategie, um nachhaltig abstinent leben zu können. Der im App integrierte „Social Hub“ erlaubt einen Austausch unter den Betroffenen weit über den stationären Aufenthalt hinweg. Das Forum wird von TherapeutInnen prämoderiert, unpassende und suchtauslösende bzw. -fördernde Inhalte werden vor dem Posting ausgeschlossen. Dieses Vorgehen ist zwar sehr personalintensiv, jedoch aus Sicht des Autors zwingend notwen-

Tabelle 3
Grundfunktionen
der MATTT-App

Grundfunktionen für Betroffene (PatientInnen)	Grundfunktionen für GDAs (Spitäler, TherapeutInnen, ÄrztInnen, ...)
Lernpsychologisches Benachrichtigungssystem (Vorteile der Abstinenz/Nachteile der Sucht)	Regelmäßige Erforschung wissenschaftlich relevanter Fragestellungen anhand von Fragebögen (dzt. Konzept der Selbstwirksamkeit und des freudvollen Lebens)
Digitaler Notfallpass	Kontaktadressen der TherapeutInnen und Nachbetreuungsstellen können angegeben werden
Konsum- bzw. Abstinenztracker	TherapeutInnen können im Clinical Expert Interface (CEI) Konsum- und Abstinenzverläufe ihrer PatientInnen einsehen und zeitnah reagieren
Social Hub (Forum) PatientInnen können sich anonym untereinander austauschen. Es kommt ein Gemeinschaftsgefühl zustande (Beiträge werden vor Veröffentlichung auf den Inhalt überprüft)	Social Hub (Forum) TherapeutInnen können Foren eröffnen und Beiträge posten; An- bzw. Abwesenheitszeiten der TherapeutInnen und Öffnungszeiten der Einrichtungen können gepostet werden → Werbung für GDAs
Einzelchat erlaubt die Kommunikation PatientIn–PatientIn	Einzelchat erlaubt die Kommunikation TherapeutIn–PatientIn (bidirektional)
Psychoedukation und relevante Informationen zu Suchtthemen	
Achievement-System mit zahlreichen Errungenschaften	

dig, da es sonst zu inversen Effekten bis hin zu Rückfällen kommen kann. Eine detaillierte Beschreibung der Apps gegenwärtig ist sie nicht frei zugänglich, findet sich bei Scheibenbogen und Kollegen (2018).

6 Zusammenfassung

Zusätzlich zu dem seit einigen Jahren bestehenden Trend der zunehmenden Technologisierung im Gesundheitsbereich sorgt die COVID-19-Krise für eine Akzeleration dieser Prozesse. Gerade Apps auf mobilen Endgeräten, allen voran das Smartphone, haben in den letzten Jahren Einzug in die App-Stores von Google™, Apple™ und Microsoft™ in die Rubrik „Gesundheit und Fitness“ gefunden. Dem raschen Anwachsen der Anzahl der Applikationen steht eine mangelnde Evidenz gegenüber. Kaum eine App wurde bezüglich seiner Wirksamkeit oder eventuell auftretender unerwünschter Nebenwirkungen in wissenschaftlichen Studien überprüft. Für Betroffene ist es kaum ersichtlich, für welche Zielgruppe die Applikationen geschaffen wurden und welche Art der Behandlung sie anbieten. Daher bedarf es neben der Diskussion um die Zertifizierung solcher Applikationen als Medizinprodukt auch einer Reihe an verbindlichen Qualitätskriterien für die Entwicklung sowie den Betrieb von Therapie-Apps.

Literatur

- Alessi, S. M., Barnett, N. P. & Petry, N. M. (2017). Experiences with SCRAMx alcohol monitoring technology in 100 alcohol treatment outpatients. *Drug and Alcohol Dependence*, 178, 417–424.
- Cook, J. E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-to-face therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior*, 5(2), 95–105.
- European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction. (2018). *m-Health applications for responding to drug use and associated harms*. Lissabon: Publications Office of the European Union. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/10244/EMCDDA%20Papers_m-Health%20applications_Final.pdf – retrieved 04.11.2021.
- Garnett, C., Oldham, M., Angus, C., Beard, E., Burton, R., Field, M. et al. (2020). Evaluating the effectiveness of the smartphone app, Drink Less, compared with the NHS alcohol advice webpage, for the reduction of alcohol consumption among hazardous and harmful adult drinkers in the UK at 6-month follow-up: protocol for a randomised controlled trial. *Addiction*, 116(2), 412–425.
- Krützfeldt, A. (2015). *Wir sind Cyborgs: Wie uns die Technik unter die Haut geht*. Berlin: Aufbau digital.
- Liepelt, R., Dolk, T. & Hommel, B. (2017). Self-perception beyond the body: the role of past agency. *Psychological Research*, 81(3), 549–559.
- Malte, C. A., Dulin, P. L., Baer, J. S., Fortney, J. C., Danner, A. N., Lott, A. M. & Hawkins, E. J. (2021). Usability and acceptability of a mobile app for the self-management of alcohol misuse among veterans (Step away): pilot cohort study. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(4), e25927.
- McClelland, D. C. (1985). How motives, skills, and values determine what people do. *American Psychologist*, 40(7), 812.

- Miralles, I., Granell, C., Díaz-Sanahuja, L., Van Woensel, W., Bretón-López, J., Mira, A. et al. (2020). Smartphone apps for the treatment of mental disorders: systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 8(4), e14897.
- Montag, C. (2018). *Homo Digitalis*. Wiesbaden: Springer.
- Montag, C., Wegmann, E., Sariyska, R., Demetrovics, Z. & Brand, M. (2021). How to overcome taxonomical problems in the study of Internet use disorders and what to do with “smartphone addiction”? *Journal of Behavioral Addictions*, 9(4), 908–914.
- Oxford Advanced Learner’s Dictionary. (2021). FOMO. Oxford dictionary. Retrieved from <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/fomo>
- Research 2 Guidance. (2021, June). *Global COVID-19 survey. One year into the pandemic, how has the digital health industry changed?* <https://research2guidance.com/product/2021-global-covid-19-survey-one-year-into-the-pandemic-how-has-the-digital-health-industry-changed/>
- Richards, D. & Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329–342.
- Scheibenbogen, O., Kuderer, M. & Tahan, D. (2017). Selbstbehandlung bei Suchterkrankten. In Ch. Eichenberg, E. Bräher, H.-W. Hoefert (Hrsg.), *Selbstbehandlung und Selbstmedikation* (S. 129–141). Göttingen: Hogrefe.
- Scheibenbogen, O., Moser, N., Ziegler, M., Kuderer, M. (2018). Reaching the unreachable and guiding the treated. mHealth-Strategien in der Behandlung suchterkrankter Personen. *Psychologie in Österreich*, 5, 344–353.
- Van Ballegooijen, W., Cuijpers, P., Van Straten, A., Karyotaki, E., Andersson, G., Smit, J. H. & Riper, H. (2014). Adherence to internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PloS One*, 9(7), e100674.
- We Are Social. (2019). *Digital 2019: Global internet use accelerates*. <https://wearesocial.com/au/blog/2019/01/digital-2019-global-internet-use-accelerates/>



Mag. Dr. Oliver Scheibenbogen

Klinischer Psychologe und Gesundheitspsychologe, Biofeedbacktherapeut und -lehrtherapeut. Leiter der Klinischen Psychologie sowie der Akademie und der Forschung und Evaluation am Anton-Proksch-Institut. Stv. Vorstand des Instituts für Sozialästhetik und psychische Gesundheit an der Sigmund-Freud-Privatuniversität. Er beschäftigt sich seit über 20 Jahren mit der Behandlung von Suchterkrankten, seit etwa fünf Jahren auch mit den Themen eMental-Health und der Mensch-Maschinen-Interaktion.
office@scheibenbogen.at