

SUCHT



E-Health

Wir danken unseren SpenderInnen

Mag.^a Claudia Amsz, Siegersdorf
Johann und Edeltraud Andorfer, Peuerbach
Dkfm. Günter Baumgartner, Wien
Beate Cerny, Wien
René Ferrari, Leonding
Dr. Günther Frohner; Lasee
Doris Grossi, Wien
Elfriede Jilg, Bad Vöslau
Karla Kapper, Möllersdorf
Robert Kopera, Reisenber
Eveline Kriston
Ingeborg Kühtreiber, Amstetten
Dr. Günther Mittendorfer, Linz
Gesine Muschl, Maria Enzersdorf
Dr. Gerold Obergruber, Graz
Dieter Regenfelder, Pyhra
Theodor Toubalev
Dr. Alfons William, Wien
Dr. Friedrich und Mag.^a Birgit Zeilner, Grödig
Zwileitsch Christa, Wien
und viele anonyme SpenderInnen



Partner des **Grünen Kreises**

Die **Niederösterreichische Versicherung** unterstützt die Arbeit des **Grünen Kreises**.

»Menschen, die wieder ein selbstbestimmtes Leben ohne Abhängigkeit führen wollen, brauchen vielfältige Unterstützung, um ihre Krankheit zu besiegen. Als Partner des **Grünen Kreises** nehmen wir unsere soziale Verantwortung in der Gesellschaft wahr und leisten damit unseren Beitrag, den Betroffenen auf dem Weg aus der Sucht zu helfen.«

Niederösterreichische Versicherung AG

www.noever.at

Herzlichen Dank im Namen aller KlientInnen des **Grünen Kreises**!

Unterstützen & Spenden

Helfen Sie uns helfen!

Mit Ihrer Unterstützung können wir gemeinsam dazu beitragen, suchtkranken Menschen einen Weg aus der Sucht zu ermöglichen. Ihre Spende wird zur Weiterentwicklung von Projekten & Programmen im **Grünen Kreis** verwendet.

Bitte verwenden Sie für Ihre Spende die
HYPO NOE
Landesbank für Niederösterreich und Wien AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222
BIC HYPNATWW
oder fordern Sie bei
spenden@gruenerkreis.at
einen Zahlschein an.

Weitere Informationen finden Sie auch auf

www.gruenerkreis.at

im Bereich »Spenden & Sponsoring«.

Impressum

Erklärung über die grundlegende Richtung gem. § 25 Mediengesetz vom 12.6.1981:

Das Aufgabengebiet des **Grüner Kreis**-Magazins bildet die Berichterstattung zur Prävention suchtkranker Probleme im Allgemeinen, die wissenschaftliche Aufarbeitung der Abhängigkeitsthematik sowie Informationen über die Tätigkeit des Vereins **Grüner Kreis**.

Das **Grüner Kreis**-Magazin erscheint viermal jährlich in einer Auflage von je 30.000 Exemplaren

Medieninhaber: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Herausgeber: Verein **Grüner Kreis**

Geschäftsführer: Dir. Alfred Rohrhofer

Redaktion: Dir. Alfred Rohrhofer, Peter Lamatsch [oewf]

Eigenverlag: **Grüner Kreis**, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen

Alle: 1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103

Tel.: +43 (0)1 5269489 | **Fax:** +43 (0)1 5269489-40

redaktion@gruenerkreis.at | www.gruenerkreis.at

Layout: Österreichisches Wirtschaftsforum

Anzeigen: Sirius Werbeagentur GmbH

Druck: Print Alliance HAV Produktions GmbH

Diese Ausgabe entstand unter Mitwirkung von:

Alfred Rohrhofer, Florian Fischer, Christoph Dockweiler, C. Peter Waegemann, Andrea Jesser, Christian Aljoscha Lukas, Johannes Lanzinger und Johannes Rother, Hans Haltmayer, Human-Friedrich Unterreiner, Leonie Rübiger, Manuela Kerecz, Mirjam Ohr und KlientInnen im **Grünen Kreis**

Bildquellennachweis:

Cover: iStock.com/Nik01ay

Seite 4: iStock.com/tolgart (links)

AutorInnenportraits: privat

Gender-Hinweis: Die Redaktion greift grundsätzlich nicht in die Texte der GastautorInnen ein. Sofern sich ein Autor oder eine Autorin für die Verwendung des generischen Maskulinums entscheidet, soll damit keine Bevorzugung des Männlichen und insbesondere keine Diskriminierung des Weiblichen zum Ausdruck kommen. Die gewählte Form dient allein der besseren Lesbarkeit des Textes resp. einer leichteren Verständlichkeit seines Inhalts.

Der **Grüne Kreis** dankt seinen Förderern



editorial



Liebe Leserin, lieber Leser!

*Die Corona-Pandemie hat den Prozess der digitalen Transformation in einer Weise beschleunigt, wie man es sich vor Kurzem noch nicht vorstellen hätte können. Besonders im Gesundheitswesen musste nolens volens auf eine digitale Interaktion mit den Patient*innen umgestellt werden, die sicherlich auch nach der Krise im medizinischen Alltag Einzug finden wird.*

Wir werfen einen Blick in die digitale Zukunft der Gesundheitsversorgung, ihren Möglichkeiten und Grenzen. Die Aspekte und Perspektiven der Telemedizin werden ebenso detailreich diskutiert, wie die technischen Potentiale im Bereich der medizinischen Behandlung, Prävention und Nachsorge.

Besonders hingewiesen sei auch auf eine Studie an unserem »Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR)«. Sie untersucht die Bedeutung der »Therapeutischen Allianz« in der Behandlung von Suchterkrankungen und belegt eindrucksvoll deren positive Wirkung im therapeutischen Setting.

Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Bleiben Sie gesund!

Alfred Rohrhofer



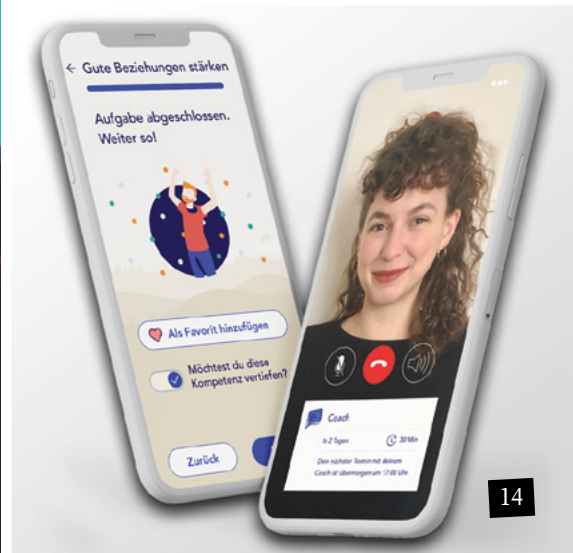
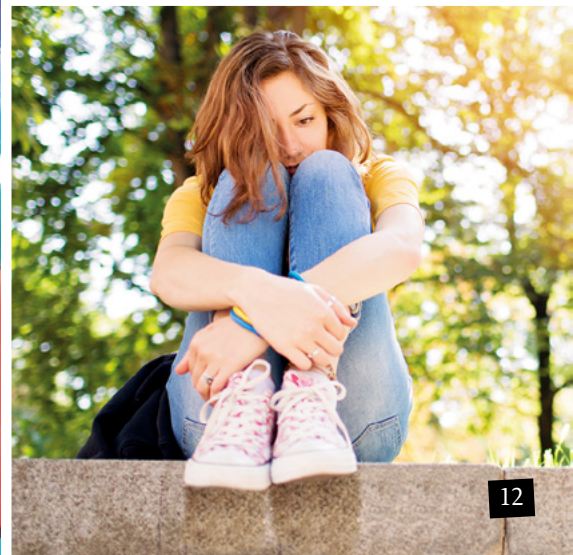
Helfen Sie uns helfen!

»Ich heiße Hannah und ich weiß wie es ist, mit Eltern aufzuwachsen, die zu Alkohol und Drogen greifen. Selten denken die Erwachsenen daran, wie sehr Kinder darunter leiden. Ein Glück, dass ich Hilfe vom Grünen Kreis« bekomme. Hier arbeiten Menschen, die sich auskennen und sich um mich kümmern.«

Sucht ist eine Krankheit, unter der alle Familienmitglieder leiden. Die Suchtgefährdung der Kinder, die in ihrer eigenen Familie schon mit diesem Problem konfrontiert sind, ist um ein Vielfaches erhöht. Rechtzeitige Hilfe verhindert langfristige Probleme. Unsere Präventionsarbeit verhindert, dass die Kinder von heute die Suchtkranken von morgen werden.

**Geben Sie Sucht keine Chance -
unterstützen Sie unsere Ziele durch Ihre Spende!**

Verein Grüner Kreis | NÖ Landesbank-Hypothekenbank AG
IBAN AT81 5300 0038 5501 3222 | BIC HYPNATWW



Inhalt

- 3** Editorial
Alfred Rohrhofer

- 6** Digitale Welt – digitale Gesundheit?!
Florian Fischer

- 8** Gesundheit und Krankheit im digitalen Wandel
Christoph Dockweiler

- 10** mHealth – die digitale Zukunft der Medizin
C. Peter Waegemann

- 12** Ein Ansatz zur niederschweligen Peer-to-Peer-Begleitung über digitale Medien
Andrea Jesser

- 14** Digitale Nachsorge nach erfolgter Krankenhausbehandlung
Christian Aljoscha Lukas

- 16** Unser Betreuungsangebot

- 18** Psychotherapie in virtuellen Welten
Johannes Lanzinger und Johannes Rother

- 20** Ambulante Suchtbehandlung in der COVID-19-Pandemie
Hans Haltmayer

- 22** Spurensuche
Betroffene berichten über ihr Leben mit der Sucht

- 24** Der virtuelle Andere – Psychotherapie V 2.0
Human-Friedrich Unterrainer

- 26** Die Rolle der Therapeutischen Allianz in der Behandlung von Suchterkrankungen
Leonie Rübzig

- 28** Elektronische Medien: Hindernis oder Hilfsmittel im stationären Behandlungskonzept?
Manuela Kerecz

- 30** Neu verwendete Technologien in der ambulanten Behandlung und Betreuung im Verein »Grüner Kreis«
Mirjam Ohr

- 31** Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Human-Friedrich Unterrainer

Digitale Welt – digitale Gesundheit?!

Eine Begriffsdefinition aus der Perspektive von Public Health



von Florian Fischer

Die Telemedizin lässt sich in unterschiedliche Anwendungsgebiete unterteilen; entweder hinsichtlich des jeweiligen medizinischen Fachgebiets oder der genutzten Form der Anwendung.

Einleitung

Die »Digitalisierung« ist einer jener Megatrends, der uns als Entwicklungskonstante der globalen Gesellschaft in den kommenden Jahrzehnten prägen wird. Als Tiefenströmung des Wandels wirkt er in jedem einzelnen Menschen, umfasst alle Ebenen der Gesellschaft und prägt somit gesellschaftliche Veränderungen mit einer hohen Kontinuität (Petersen/Steiner, 2019). Somit ist die zunehmende Digitalisierung mehr als nur die Einführung einer Technologie; sie ist vielmehr ein Transformationsprozess. Digitalisierung bietet durch ihre gesamtgesellschaftliche Diffusion vielfältige Potenziale und Herausforderungen in nahezu allen Lebensphasen und -bereichen. Die Wirkmacht der Digitalisierung wird dadurch verstärkt, dass dieser Transformationsprozess zeitgleich und teilweise interdependent mit weiteren Megatrends – wie etwa Gesundheit und demografischem Wandel – verläuft. So sollen digitale Lösungen Bürger*innen in der Gesunderhaltung unterstützen, Krankheiten vermeiden oder therapeutisch bzw. rehabilitativ begleiten.

Ungeachtet dieses bestehenden Zusammenspiels aus Digitalisierung und gesundheitsbezogenen Aspekten herrscht immer noch begriffliche Unklarheit hinsichtlich verschiedener Konzepte und Teilbereiche aus diesem Forschungs- und Anwendungsbereich (Zeeb et al., 2020). Daher wird im Folgenden eine definitorische Einordnung vorgenommen.

Digitalisierung und Gesundheit: Eine begriffliche Einordnung

Bei der Verbindung der Begriffe »Digitalisierung« und »Gesundheit« liegt zunächst eine Assoziation mit der Technisierung der Medizin – insbesondere innovativen Technologien aus dem Bereich der

Telemedizin – nahe. Hierzu zählen Möglichkeiten der Kontrolle von Vitalparametern bei chronisch Erkrankten unter Überbrückung räumlicher und zeitlicher Distanzen, der Austausch zwischen verschiedenen Akteur*innen des Versorgungssystems über Videosprechstunden oder aber Technologien der künstlichen Intelligenz, die zum Beispiel in der Diagnostik eingesetzt werden können. Die Telemedizin lässt sich in unterschiedliche Anwendungsgebiete unterteilen; entweder hinsichtlich des jeweiligen medizinischen Fachgebiets (z.B. Telekardiologie, Teleradiologie) oder der genutzten Form der Anwendung (z.B. Telekonsultation, Telemonitoring). Kommunikationswege können dabei sowohl unidirektional (z.B. Telemonitoring) als auch bidirektional (z.B. Telekonsultation) sein. All diesen Formen telemedizinischer Anwendungen ist gemein, dass sie darauf abzielen, unter Zuhilfenahme von Informations- und Kommunikationstechnologien medizinische Leistungen in den Bereichen der Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und der ärztlichen Entscheidungsberatung über räumliche Entfernungen und/oder zeitliches Versetztsein hinweg zu erbringen (Fischer et al., 2016).

Die Telemedizin, als klassisches Einsatzfeld digitaler Technologien in der medizinischen Versorgung, ist jedoch nur ein Anwendungsbereich von eHealth – welche auch synonym als E-Health, Digital Health oder Gesundheitstelematik bezeichnet wird. Gemäß der Weltgesundheitsorganisation wird eHealth als definitorischer Überbau verstanden, innerhalb dessen jeglicher Einsatz von Digitalisierung mit Bezug zur Gesundheit subsumiert wird (WHO, 2012). Definitorische Abgrenzungsversuche unterteilen eHealth darüber hinaus hinsichtlich der Anwendungsbereiche, Zielsetzungen oder beteiligten Akteur*innen. Diese Abgrenzungen sind jedoch vielfach nicht trennscharf

(Fischer et al., 2016; Knöppler et al., 2016). Das Fehlen einer konsentierten Definition wird auf die große Dynamik des Feldes zurückgeführt (Oh et al., 2005; Shaw et al., 2017).

Klassifikation von eHealth-Anwendungen

eHealth-Leistungen können sowohl ortsgebunden als auch ortsungebunden, d. h. über mobile Endgeräte – in diesem Zusammenhang sei auf die weitere Differenzierung von mobile Health (mHealth) hingewiesen –, erbracht werden. Beispiele hierfür sind digitale Angebote, die in der (Primär-)Prävention und Gesundheitsförderung im Bereich der gesundheitsorientierten Konsument*innenelektronik anzusiedeln sind. So ermöglichen Apps oder Sensoren im Smartphone, das Bewegungs- oder Ernährungsverhalten kontinuierlich zu messen und somit langfristig zu beobachten (Quantified Self). Diese Angebote haben in den letzten Jahren durch die Entwicklung von Gesundheits- bzw. Lifestyle-Apps, aber auch zertifizierten Medizin-Apps an Bedeutung zugenommen (Kramer et al., 2019). Mit dem Inkrafttreten des »Gesetz[es] für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation« (Digitale-Versorgung-Gesetz – DVG) am 19. Dezember 2019 besteht in Deutschland die Möglichkeit, »Apps auf Rezept« zu verordnen. Die CE-gekennzeichneten Apps, die somit Medizinprodukte darstellen, werden unter dem Begriff der Digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) gefasst.

Ein weiteres Beispiel für eHealth-Anwendungen ist die Nutzung und der Austausch von Gesundheitsinformationen über das Internet. Aufgrund unvollständiger, unzuverlässiger oder interessegeleiteter Inhalte ist die Qualität solcher onlinebasierten gesundheitsbezogenen Informationen durch die Nutzer*innen (mittlerweile) jedoch nur noch schwierig zu beurteilen (Fischer/Dockweiler, 2016).

Darüber hinaus gehören auch digitale Dienstleistungsangebote (z.B. Einkaufsplattformen für Leistungserbringer*innen, Onlineapotheken oder elektronische Leistungsabrechnung), Applikationen zur Vernetzung von Akteur*innen des Gesundheitswesens (z.B. über die elektronische Patient*innenakte) und digitale Maßnahmen der Aus- und Fortbildung im Gesundheitswesen zu den Anwendungsbereichen von eHealth (Fischer et al., 2016; Dockweiler/Razum, 2016).

Perspektive von Public Health auf Digitalisierung

Die Digitalisierung ist jedoch nicht nur als eine technische Komponente zu betrachten, denn die Transformation von einer analogen in eine digitale Welt führt auch zu einem sozialen und kulturellen Wandel. Daher bedarf es eines umfassenden Blicks und einer kritisch-reflexiven Auseinandersetzung mit den Auswirkungen der Digitalisierung auf Gesundheit. Die direkten und indirekten Auswirkungen der Digitalisierung beeinflussen soziale und gesundheitliche Zusammenhänge und betreffen somit die Handlungsfelder von Public Health. Im Kontext zunehmender Autonomisierung, Flexibilisierung, gesellschaftlicher Fragmentierung und Individualisierung, aber auch vor dem Hintergrund des demografischen Wandels erhält die Digitalisierung eine zunehmende Bedeutung. So können digitale Technologien Teilhabe und Empowerment ermöglichen, wenn sie nachhaltig und zielgruppenspezifisch in die Lebenswelten integriert werden. Dabei sollte nicht das technisch Mögliche, sondern das technisch Notwendige im Vordergrund stehen (Dockweiler/Razum, 2016), um einen Perspektivenwechsel von einer technikgetriebenen Entwicklung digitaler Gesundheitsangebote hin zu einer Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfen der Nutzer*innen zu ermöglichen (Dockweiler/Fischer, 2019).

Die Perspektive von Public Health auf Digitalisierung impliziert auch eine Auseinandersetzung mit sozialen Unterschieden in der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote, die wiederum zu einer Verstärkung sozialer – und somit gesundheitlicher – Ungleichheit führen kann (Digital Health Divide). So ist bislang unklar, ob oder inwieweit digitale Interventionen zu einer Reduktion des Präventionsdilemmas beitragen: Über digitale Technologien können auf der einen Seite jene Zielgruppen erreicht werden, die sonst keine präventiven oder gesundheitsförderlichen Angebote in Anspruch nehmen würden. Auf der anderen Seite sind jedoch entsprechende Kompetenzen für die Nutzung digitaler gesundheitsbezogener Anwendungen erforderlich (eHealth Literacy). Die Fokussierung auf Implikationen von Digitalisierung auf gesellschaftliche Entwicklungen und die öffentliche Gesundheit ist zentraler Bestandteil von ePublic Health (Dockweiler/Fischer, 2019).

Literatur

- Dockweiler, C., Fischer, F.** (2019). ePublic Health: Vorwort zur Erschließung eines neuen Forschungs- und Anwendungsfeldes. In: Dockweiler, C., Fischer, F. (Hrsg.), ePublic Health – Einführung in ein neues Forschungs- und Anwendungsfeld. Bern: Hogrefe, S. 15–19.
- Dockweiler, C., Razum, O.** (2016). Digitalisierte Gesundheit: neue Herausforderungen für Public Health. Gesundheitswesen, 78:5–7.
- Fischer, F., Aust, V., Krämer, A.** (2016). eHealth: Hintergrund und Begriffsbestimmung. In: Fischer, F., Krämer, A. (Hrsg.), eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 3–23.
- Fischer, F., Dockweiler, C.** (2016). Qualität von onlinebasierter Gesundheitskommunikation. In: Fischer, F., Krämer, A. (Hrsg.), eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 407–419.
- Knöppler, K., Neisecke, T., Nölke, L.** (2016). Digital-Health-Anwendungen für Bürger: Kontext, Typologie und Relevanz aus Public-Health-Perspektive. Entwicklung und Erprobung eines Klassifikationsverfahrens. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Kramer, U., Borges, U., Fischer, F., Hoffmann, W., Pobiruchin, M., Vollmar H. C.** (2019). DNVF-Memorandum – Gesundheits- und Medizin-Apps (GuMAs). Gesundheitswesen, 81:e154–170.
- Oh, H., Rizo, C., Enkin, M., Jadad, A. (2005). What is eHealth? A systematic review of published definitions. Journal of Medical Internet Research, 7(1):e1.
- Petersen, T., Steiner F.** (2019). Megatrend-Report #01: The Bigger Picture. Wie Globalisierung, Digitalisierung und demografischer Wandel und herausfordern. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.
- Shaw, T., McGregor, D., Brunner, M., Keep, M., Janssen, A., Barnett, S. (2017). What is eHealth? Development of a conceptual model for eHealth: qualitative study with key informants. Journal of Medical Internet Research, 19:e324.
- WHO** (2012). National eHealth Strategy Toolkit. Genf: Weltgesundheitsorganisation.
- Zeeb, H., Pigeot, I., Schüz, B.** (2020). Digital Public Health – ein Überblick. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 2(63):137–144.

Dr. Florian Fischer

wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Gerontologische Versorgungs- und Pflegeforschung der Hochschule Ravensburg-Weingarten. Seine universitäre Ausbildung im Bereich Public Health absolvierte er an der Universität Bielefeld. Seine Interessenschwerpunkte liegen in der Evidenzbasierung in Public Health, Global Health und Digital Health.

Gesundheit und Krankheit im digitalen Wandel



von Christoph Dockweiler

Die Digitalisierung durchdringt unsere Lebenswelten wie kaum eine andere technische Innovation. Sie wirkt in vielfältiger Weise (re-)strukturierend auf unser soziales Leben, auf unsere Gewohnheiten, unsere Lern- und Arbeitswelten, die gesellschaftliche Wertschöpfung und letztendlich auch auf Verhältnisse von Macht und (meist unbewusster) Ohnmacht.

Digitale Technologien sind längst keine technische Innovation mehr, sie sind viel maßgeblicher soziale Innovationen, die heute und zukünftig menschliches Zusammenleben nachhaltig prägen werden wie kaum eine andere »Evolutionstechnik«. Dies zeigt sich heute nicht nur in Auswirkungen auf unsere Informations- und Wissensgesellschaft oder in ihrer Bedeutung für das politische System und die Demokratie. Sondern insbesondere auch in den Implikationen für unseren Umgang mit Fragen von Gesundheit und Krankheit, die im Folgenden unter dem Oberbegriff der Digitalen Gesundheit mit Blick auf ihre Anwendungsfelder, Ziele und gesellschaftlichen Anforderungen beleuchtet werden.

Anwendungsfelder der Digitalen Gesundheit

Es existieren zahlreiche Klassifikations- und Definitionsversuche für den Einsatz digitaler Gesundheitstechnologien. Ein

verbindendes Element stellt die Abstrahierung nach Teilmengen dar. Digitale Gesundheit (E-Health, also Electronic Health, kann hier synonym verstanden werden) wird dabei als definitorischer Überbau konzeptualisiert, innerhalb dessen jeglicher Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) für Gesundheit subsumiert werden kann. Im deutschsprachigen Raum hat sich parallel dazu der Begriff der Gesundheitstelematik etabliert. Anwendungen, die in diesem Bereich zu verorten sind, lassen sich innerhalb eines Fünf-Säulen-Modells mit den Bereichen (1) Inhalt, (2) Ökonomie, (3) Vernetzung, (4) Gesundheit und (5) Versorgung abstrahieren (vgl. Abbildung 1). Die hierunter gefassten Anwendungen und Dienstleistungen können sowohl ortsgebunden als auch ortsungebunden,

d.h. über mobile Endgeräte, erbracht werden. In der Praxis finden sich eher selten Anwendungen, die lediglich einem Bereich zugeordnet werden können. So enthalten beispielsweise Angebote der Online-Therapie für Patientinnen und Patienten mit psychischen Erkrankungen nicht nur Inhalte der digitalen Verlaufskontrolle von Belastungen (z.B. durch Testverfahren oder Tagebücher) oder Module der Verhaltenstherapie, sondern auch edukative Angebote zur Wissensvermittlung sowie Möglichkeiten der Vernetzung (z.B. mit Versorgungsakteuren oder anderen Betroffenen) oder der Prävention (z.B. Stressreduktion). Derartige Ansätze, die mehrere Funktionen Digitaler Gesundheit integrieren, werden in diesem Zusammenhang als komplexe Interventionen bezeichnet.

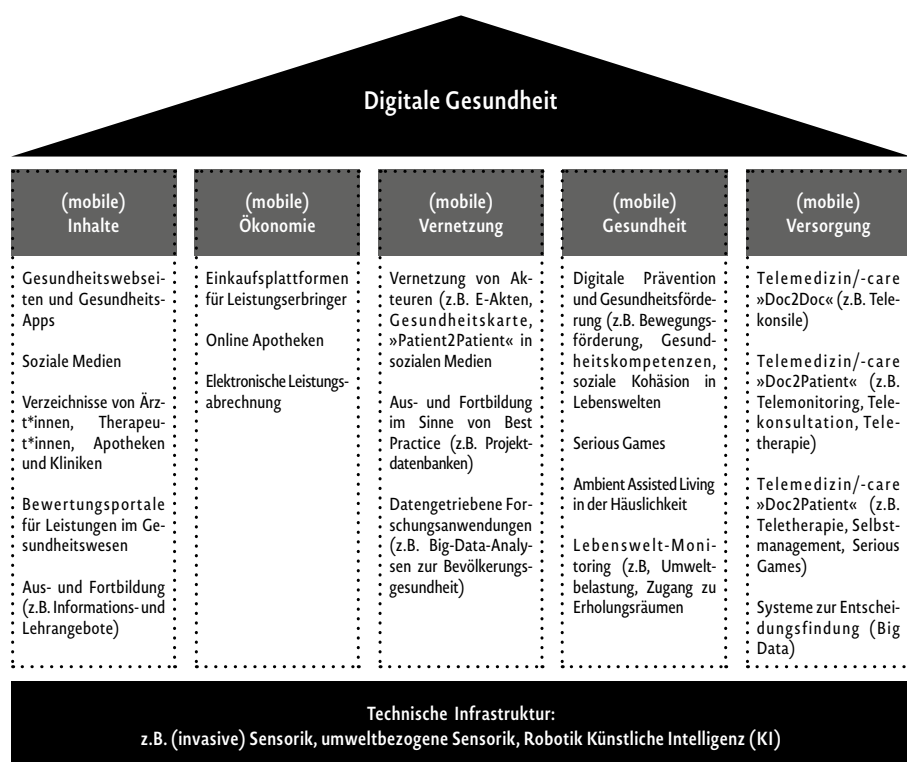


Abbildung 1: Systematisierung Digitaler Gesundheit

Ziele der Digitalisierung im Bereich von Gesundheit und Krankheit

Der gesundheitsbezogene Einsatz von Kommunikations- und Informationstechnologien verfolgt übergeordnete, teils verbindende Ziele. Hierzu gehören a) die Förderung der Leistungsfähigkeit und Bedarfsgerechtigkeit von Prävention und medizinischer sowie pflegerischer Versorgung (z.B. durch das digitale Moni-

toring gesundheitsbezogener Daten), b) die Ermöglichung von gesundheitlicher Chancengleichheit in der Bevölkerung (z.B. durch die digitale Unterstützung von Versorgungsstrukturen in ländlichen Regionen), c) die Stärkung von Teilhabe und Empowerment (z.B. durch die niedrigschwellige und zielgruppenspezifische Bereitstellung von Gesundheitsinformationen), d) die Steigerung von Wirtschaftlichkeit und Effizienz im



Angebote der Online-Therapie bei psychischen Erkrankungen enthalten auch edukative Angebote sowie Möglichkeiten der Vernetzung oder der Prävention enthalten.

Gesundheitswesen (z.B. durch die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder die Verringerung von Krankenhauseinweisungen), e) die Förderung und Verbreitung der Evidenzbasierung gesundheitlichen Handelns (z.B. durch Systeme der Künstlichen Intelligenz, die publizierte Studiendaten auswerten, oder in Form von Online-Datenbanken innerhalb klinischer Informationssysteme) und f) die Fokussierung von Lebensweltbezogenheit (z.B. durch die Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationen in der häuslichen Umgebung, in der städtischen Umwelt oder in der Arbeitswelt).

Bedingungen und Anforderungen an die digitale Transformation

Neben dem Nachweis der Wirksamkeit, Fragen des rechtssicheren Einsatzes (auch im Sinne der Wahrung informationeller Selbstbestimmung und Privatheit der Nutzenden) und der technischen Interoperabilität der Anwendungen zur Sicherstellung des gelingenden Datenaustausches erfordert die Anwendung digitaler Gesundheitstechnologien neue Kompetenzen in der Nutzung und im Umgang. Beispielsweise erfordern appbasierte Behandlungskonzepte oder der Einsatz von Künstlicher Intelligenz neue »digitale« Kompetenzen in den Bereichen Datenerhebung, -speicherung, -transfer,

-schutz und -sicherheit. Dies betrifft alle Bürgerinnen und Bürger, aber insbesondere auch jene Berufsgruppen, die in der medizinischen, therapeutischen oder pflegerischen Praxis tätig sind. Neben der Aus- und Bewertung von Daten im Behandlungsverlauf müssen diese auch als ethisch und rechtlich sichere Entscheidungs- und Handlungsgrundlage dienen. Ein souveräner Umgang bedeutet dabei insbesondere auch, die Grenzen der Aussagekraft von datenbasierten Entscheidungen (z.B. bei Behandlungsvorschlägen durch ein System der Künstlichen Intelligenz) zu kennen und Konsequenzen für die Patientinnen und Patienten bewerten zu können.

Die Notwendigkeit der Wiederentdeckung der Gesellschaft

Anwendungen der Digitalen Gesundheit können zur Leistungsfähigkeit von Prävention und medizinischer sowie pflegerischer Versorgung beitragen, neue Kommunikationswege eröffnen, beispielsweise für die Bewältigung von Krankheiten, oder durch Zusammenführung von Informationen aus der sozialen, ökologischen und baulichen Umwelt und verhaltensbezogenen Daten neue Ansätze in der Analyse von Gesundheitsdeterminanten ermöglichen. Hierfür bedarf es jedoch der Wiederentdeckung der »Gesellschaft« im

Digitalisierungsdiskurs, die mit der dringenden Frage verbunden ist, unter welchen gesellschaftlichen Voraussetzungen Digitale Gesundheit erfolgreich sein kann. Die Entwicklung und der Einsatz digitaler Gesundheitstechnologien dürfen dabei kein Selbstzweck sein, sondern müssen das Ziel haben, die Analyse- und Interventionsspielräume im Sinne der Verbesserung der gesundheitlichen Chancen aller Bevölkerungsgruppen zu erweitern und hierbei das soziale Zusammenleben zu verbessern. Denn Fragen einer bedarfs- und bedürfnisgerechten Entwicklung, Einführung und Nutzung lassen sich nicht allein durch die Prämisse des technisch Möglichen lösen, sondern müssen sich viel mehr am technisch Notwendigen orientieren. Die digitale Transformation ist damit vor allem auch eine gesellschaftliche Herausforderung, denn der Gebrauch von Technologien ist grundlegender, wenn nicht sogar konstituierender Bestandteil des menschlichen Wesens.

Prof. Dr. Christoph Dockweiler

studierte Health Communication (B.Sc.) und Public Health (M.Sc.) an der Universität Bielefeld und promovierte 2015 zur Akzeptanz der Telemedizin (Dr. PH). Seit 2018 ist er Professor für Electronic Public Health an der Universität Bielefeld und Leiter des Centre for ePublic Health Research (CePHR) an der dortigen Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

mHealth

die digitale Zukunft der Medizin



von C. Peter Waegemann

Wir leben in einer Zeit des Umschwungs. Das Internet und viele neue digitale Systeme verändern nicht nur die Kommunikation, sondern auch unsere täglichen Prozesse, wie das Einkaufen von zu Hause aus, Online-Banking, die Navigation und vieles mehr. Es ist wichtig, dass wir uns über die tiefere Bedeutung der digitalen Revolution klar werden.

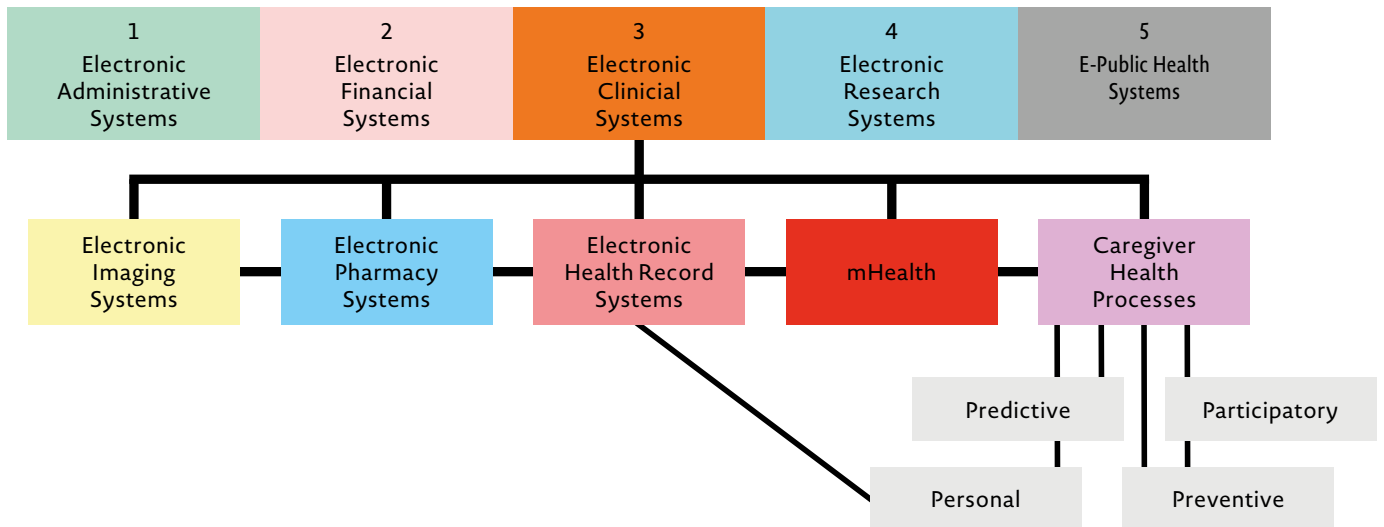
Wir leben in einer Zeit des Umschwungs. Das Internet und viele neue digitale Systeme verändern nicht nur die Kommunikation, sondern auch unsere täglichen Prozesse, wie das Einkaufen von zu Hause aus, Online-Banking, die Navigation und vieles mehr. Es ist wichtig, dass wir uns über die tiefere Bedeutung der digitalen Revolution klar werden. Der Beginn des digitalen Zeitalters bedeutet einen wichtigen historischen Einschnitt in unser Leben. Menschen haben Zugang zu einer viel größeren Menge an Informationen als je zuvor, sind verlinkt und ihre Arbeit wird mehr und mehr von Maschinen erledigt. Fast alle Bereiche des Lebens werden sich noch viel mehr ändern.

Das Gesundheitswesen ist nicht ausgenommen. Von den fünf Hauptsektoren des e-Health-Bereichs ist die medizinische Behandlung (electronic clinical systems) im Mittelpunkt unseres Interesses (vgl. Abbildung). Aber e-Health besteht nicht nur aus Technologien. Wir müssen auch die Behandlungsprozesse (caregiver health processes) ändern. Unser Gesundheitssystem war und ist noch immer eine Art Krisenmanagement. Wenn wir uns krank fühlen, d. h., wenn wir Schmerzen oder Krankheitssymptome haben, dann gehen wir zur Ärztin/zum Arzt. Stattdessen sollte der Gesundheitsverlauf während des gesamten Lebens verfolgt werden, also auch, wenn wir uns nicht krank fühlen. Denn nur so können mögliche sich entwickelnde Krankheitssymptome besser erkannt und frühzeitig behandelt werden. eHealth kann mit Systemen und Geräten verschiedene körperliche oder mentalitätsbedingte Entwicklungen mit entsprechenden diagnostischen Algorithmen früh erkennen, nämlich bevor Schmerzen oder Symptome auftreten (predictive medicine), damit man den Krankheitsverlauf voraussehen, abbremsen und ihm frühzeitig entgegenwirken oder ihn vermeiden kann (preventive medicine). Hierbei ist es wichtig, den Gesamtzustand der Patientin/des Patienten aus der Fülle von relevanten personenbezogenen Daten zu ermitteln (personal medicine). Also bedeutet eHealth, dass nicht nur die lebenslange elektronische Krankengeschichtsakte, sondern auch relevante persönliche Daten von früheren Behandlungen und Untersuchungen in anderen Kliniken sowie Daten, die zu Hause gemessen wurden, aber auch Umweltdaten vom Arbeitsplatz und vom Lebensbereich gemäß dem Datenschutz genutzt werden. Dazu gehören natürlich auch medizinische Computeralgorithmen, Daten vom Internet of Medical Things (IoMT) und die künstliche Intelligenz. Letztlich ist eHealth auf dem Prinzip der partizipativen Mitgestaltung von Patient*innen aufgebaut (participatory medicine). Der/die Patient*in sollte seinen/ihren Gesundheitszustand mitverfolgen, verstehen und aktiv an der Behandlung

teilnehmen, anstatt die Behandlung passiv über sich ergehen zu lassen. Hierfür ist digitale Kommunikation in Form von E-Mails and Apps notwendig. Apps, eine Vielzahl spezifischer Anwendungssoftware für Smartphones und Tablets, sind ein bedeutender Bestandteil der digitalen Revolution. Ursprünglich – wie E-Mail, Kalender, Kontaktlisten, Wecker, Kompass, Straßenkarten, Wettervorhersage und vieles mehr – entwickelt für productivity assistance, wurden Apps in den letzten 15 Jahren die Frontwelle des digitalen Umschwungs. Professionelle Apps unterstützen heute Rechtsanwält*innen, Ingenieur*innen, Manager*innen; ja fast alle Berufe. Es gibt mehrere Millionen Apps für mobile Geräte. So sind das Smartphone, das Tablet oder die digitale Uhr zu ständigen Begleitern von modernen Menschen geworden, die oft ohne ihr Handy nur schwer zurechtkommen. Als digitaler Bürger und Rentner kann ich mir nur schwer vorstellen, wie ich ohne die rund hundert Apps, die ich ständig benütze, leben könnte. Wenn ich unterwegs bin, ist es wichtiger, das Handy nicht zu vergessen als das Portemonnaie, denn Fahrkarten, Bezahlungsmöglichkeiten, Termine, Bücher, meine Lieblingsmusik, Zugang zu vielseitigem Wissen und vieles mehr befinden sich in den Apps auf meinem Handy. Und dann gibt es die Spiele-Apps und (Film-)Streaming-Apps, die viel Spaß machen, sodass sie einen Teil unserer Bevölkerung dazu verleiten, viel Zeit mit Filmen und digitalen Spielen zu verbringen. Die Abhängigkeit von solchen Apps kann in jüngeren Kreisen als Sucht höher eingeschätzt werden als die Abhängigkeit der älteren Generation vom Fernsehen. Die Sucht nach Apps wird uns in Zukunft mehr beschäftigen.

In der nächsten Stufe der virtuellen Begleiter (z.B. Alexa, Siri, Google Assistant, Smart Speaker, Cortana) wird eine Anzahl von Apps gebündelt und dem/der Nutzer*in wird durch Sprachsteuerung die Möglichkeit geboten, Musik zu hören, Geräte zu bedienen, Antworten zu vielen Fragen zu bekommen, an Medikamente und Termine erinnert zu werden oder medizinische Fragen beantwortet zu kriegen und vieles mehr. Bald kann

e-Health



die »digitale Begleiterin« versuchen, uns auf Wunsch davon abzuhalten, einem suchtartigen Verlangen nachzugeben, wenn wir in Versuchung kommen.

Im Gesundheitssystem ist die Verwendung von Apps der entscheidende Baustein für eHealth. mHealth (mobile Health) steht für ein Gesundheitssystem, in dem Patient*innen mithilfe von Apps an ihrer Gesundheit aktiv teilnehmen, anstatt es ganz den Ärzt*innen zu überlassen. Das fängt damit an, dass jeder Mensch eine persönliche Gesundheitsakte haben sollte, in der alle Vorkommnisse von der Schwangerschaft der Mutter an bis ins spätere Leben einschließlich aller Medikamente, Allergien, Eingriffe und Entscheidungsprozesse beschrieben sind. Eines Tages wird es selbstverständlich sein, dass der/die Patient*in seine/ihre Daten zumindest in großen Zügen versteht und mit den relevanten Entscheidungsträger*innen seiner/ihrer Gesundheit teilt. Mit anderen Worten, die persönliche Gesundheitsapp (im Gegensatz zur medizinischen elektronischen Krankengeschichtsakte) ist eine Art persönliche Landkarte für die Gesundheit, die anzeigt, wohin sowohl die gesundheitliche als auch die medizinische Reise gehen soll. Die zentralen Bausteine für mHealth sind sowohl die Ratgeberfunktion als auch die Kommunikationsfunktion der Apps, die automatisch den betreffenden Arzt/die betreffende Ärztin oder die Klinik informiert und einschaltet. Insgesamt gibt es Hunderttausende von Gesundheitsapps. Die überwältigende Vielzahl ist in englischer Sprache, weil Deutschland und Mitteleuropa auf den Gebieten eHealth und mHealth um

Jahre zurückliegen. Leider sind meine Ärzt*innen oder Kliniken in Berlin nicht daran interessiert und auch nicht technisch ausgestattet, die Gesundheitsdaten von meinen Apps (Blutdruckmesser, Aktivitäten- und Stressmesser, persönliche EKG-App, Pulsoximeter und Gesundheitsdatenkoordination) in ihre Systeme zu integrieren. Man ist an der Vielzahl der Daten nicht interessiert, solange ich keine Krankheitskrise habe.

Der größte Teil der Gesundheitsapps ist im Fitnessbereich, wo es darum geht, Leute zu motivieren, dass sie sich mehr bewegen, besser essen und sich wohl fühlen. Die Apps zum Abnehmen schließen Anleitungen für Ernährungspläne, Diäten, Low-Carb-Anleitungen, Fettverbrennung und Abnehmen im Sport ein. Apps sind auch Ratgeber gegen Allergien und helfen Patient*innen, sich z.B. vor Gluten, Zucker und Weizen zu schützen. Millionen Menschen messen jeden Tag, wie viele Schritte oder welche Strecken sie laufen, um fit zu bleiben. Andere Apps helfen Sportler*innen zu trainieren, mit Anleitungen für Workouts, Laufen, Yoga, Bauchtraining und Krafttraining. Im allgemeinen Gesundheitsbereich bieten Apps Motivation zu gesünderem Leben, die Reduzierung von Stress sowie Anleitungen für bessere mentale Gesundheit und besseres Schlafen. Apps helfen Frauen, den Menstruationszyklus besser zu verstehen, um dann während der Schwangerschaft Ratgeber, Motivator und Kommunikationszentrum zur Klinik zu sein. Und für jene, die Diabetes haben, gibt es seit über 20 Jahren Apps, die Patient*innen motivieren, ihre Nahrung, Bewegungen, Blutzuckerwerte und Medikamente in Einklang zu

bringen. Mit Wearables, d. h. Kleidung, welche mit Messgeräten ausgestattet ist (denken Sie an Schuhe oder Kleidungsstücke, die Körperdaten aufzeichnen und weiterleiten), kommt mHealth in eine neue Generation der gesundheitlichen Datenerfassung, die weitere Vorteile für die Gesundheitsqualität bringt.

Somit ist mHealth auch in der Lage, allen zu helfen, die den ersten Schritt getan haben: sich selbst einzugestehen, dass es ihnen schwerfällt, auf etwas zu verzichten. Das kann falsches Essen, zu wenig Bewegung, Rauchen, Alkohol, Spiele, Film und Fernsehen oder Drogen sein, um nur einiges zu nennen. Für alle Bereiche gibt es Apps, obwohl die Mehrheit außerhalb Europas angeboten wird. Es ist wichtig zu unterstreichen, dass Apps nicht die traditionelle Behandlung ersetzen, sondern hauptsächlich im Vorbehandlungsstatus als zusätzliches Mittel helfen wollen. Aber auch in der Frühbehandlung wie auch während der ambulanten Behandlung können Apps hilfreich sein. Die medizinische Unterstützung für solche Apps ist außerhalb Europas viel größer. Man kann in Mitteleuropa eine deutliche Skepsis bei Ärzt*innen und Therapeut*innen verzeichnen.

Im Bereich der Bekämpfung des abhängigen und missbräuchlichen Konsums sind Apps für das Abnehmen am meisten verbreitet. Den Benutzer*innen wird eine Kombination von Speiseplänen, Gewichtsmanagement, Gruppenmotivation und Aktivitätsübungen angeboten. Millionen Menschen haben auf diese Weise ihr Gewicht gehalten oder ihren Wünschen gemäß reduziert. Andere haben verschiedene Programme

→ Seite 25

Psychische Probleme bei Jugendlichen und ein Ansatz zur niederschweligen Peer-to-Peer-Begleitung über digitale Medien



von Andrea Jesser

Psychische Belastungen und Erkrankungen im Jugendalter sind häufig, oft unerkant und ungleich verteilt. Mit O.P.E.N., einer Peer-to-Peer-Online-Plattform für Jugendliche mit psychischen Beschwerden, steht jungen Menschen unterschiedlichster sozialer und kultureller Kontexte ein niederschwelliger und wertfreier virtueller Raum zum Austausch über herausfordernde Lebenssituationen und psychische Belastungen zur Verfügung.

In der Jugend, dem Lebensabschnitt zwischen Kindheit und Erwachsenenalter, stehen Menschen vor einer Reihe an Entwicklungsaufgaben und biografischen Herausforderungen: Der Körper verändert sich, eine Geschlechterrolle muss herausgebildet werden, erste Liebesbeziehungen und sexuelle Erfahrungen finden statt. Während Beziehungen zu Gleichaltrigen an Bedeutung gewinnen, erfolgt eine Ablösung von den Eltern und der Kernfamilie. Vorstellungen der Eltern werden in Frage gestellt, eigene Standpunkte entwickelt und das eigene Selbstbild zunehmend ausdifferenziert. In verschiedenen Lebensbereichen sind zunehmend Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit gefordert. Das Ende der Schulpflicht

bedeutet für einen Teil der Jugendlichen den Übergang ins Erwerbsleben und damit den ersten Schritt in Richtung ökonomische Eigenständigkeit. Andere wechseln in weiterführende allgemeine und berufsbildende Schulen. An diesem Übergang müssen wichtige Entscheidungen für den weiteren Lebensweg getroffen werden, die Auswirkungen auf Möglichkeiten der sozialen Teilhabe an der Gesellschaft haben.

In dieser Lebensphase kann es zu erheblichen psychischen Belastungen sowie zu Konflikten und Krisen kommen. Im Rahmen der österreichischen MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) wurden Jugendliche zwischen 10 und 18 Jahren zu ihrer psychischen Gesundheit befragt. Viele Jugendliche leiden unter psychosomatischen Beschwerden, Grübelzwang, sozialem Rückzug, ängstlichen und depressiven Verstimmungen. Psychische Erkrankungen haben ihren Ursprung im Jugendalter, und bereits seit längerem zeigt sich eine Verschiebung der Erkrankungen von den somatischen hin zu den psychischen Störungsbildern. Mittlerweile sind psychische Erkrankungen im Jugendalter in etwa gleich häufig wie im Erwachsenenalter, wobei Angststörungen am häufigsten auftreten.

Ein differenzierter Blick zeigt unterschiedliche Betroffenheiten – nicht für jeden jungen Menschen ist das Risiko einer psychischen Belastung oder Erkrankung gleich hoch. Mädchen leiden häufiger an psychischen Erkrankungen und bewerten ihren Gesundheitszustand sowie ihre Lebenszufriedenheit schlechter als Jungen. Sowohl psychische Belastungen als auch psychische Erkrankungen sind bei Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status, d. h. Jugendlichen aus einkommensschwachen und bildungsfernen Haushalten, besonders hoch. Ihnen stehen weniger personale, familiäre und soziale Ressourcen zur Verfügung (Schutzfaktoren), gleichzeitig sind sie vermehrt Stressoren ausgesetzt (z.B. kein eigenes Zimmer). Oft fehlen die finanziellen Mittel, möglichst früh psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen. Migrationshintergrund

verstärkt den Effekt des sozioökonomischen Status: Jugendliche mit Migrationshintergrund berichten häufiger von psychischen Problemen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund. Auch der Erwerbsstatus und das schulische Umfeld spielen eine Rolle für die psychische Gesundheit und das subjektive Erleben psychischer Belastungen. Eine Befragung österreichischer Lehrlinge zeigt, dass diese ihren aktuellen Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen, als Gymnasiast*innen. Schüler*innen leiden v. a. unter Druck in der Schule und (Cyber-)Bullying, aber auch ein schlechtes Schulklima kann psychisch vulnerable Schüler*innen stark beeinträchtigen. Zusätzlich gibt es Gruppen, die über die genannten Merkmale hinaus ein besonderes Risiko für psychische Beschwerden und Erkrankungen trifft. Dazu gehören Jugendliche aus der LGBTQTI-Community, die vielfach Vorurteilen, sozialer Ausgrenzung (auch innerhalb der Familie), Intoleranz und Diskriminierung ausgesetzt sind, wodurch ihr Risiko, psychisch zu erkranken, steigt. Eine weitere Risikogruppe sind Jugendliche psychisch kranker Eltern. Mehr als die Hälfte der Kinder psychisch kranker Eltern wird im Laufe ihres Lebens selbst von einer psychischen Erkrankung betroffen sein.

Psychische Probleme und Erkrankungen können schwerwiegende Auswirkungen auf das Wohlbefinden junger Menschen, ihren Bildungs- und beruflichen Erfolg haben. Dazu kommt die Chronizität vieler psychischer Erkrankungen, die oft bis ins Erwachsenenalter bestehen bleiben und mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für weitere gesundheitliche Probleme einhergehen. Darum besteht die Notwendigkeit, beginnende psychische Probleme frühzeitig zu erkennen und ihnen präventiv zu begegnen. Ein Blick auf die Versorgungslandschaft in Österreich zeigt große Defizite: Die Kinder- und Jugendpsychiatrie ist nach wie vor ein Mangelfach und auf Psychotherapie als Kassenleistung müssen Kinder und Jugendliche oft mehrere Monate warten. Dazu kommt, dass gerade im Jugendalter Probleme nicht erkannt werden. Junge Menschen

vertrauen sich mit ihren Problemen zunehmend weniger den Eltern als vielmehr Gleichaltrigen und Freund*innen an. Dadurch können Eltern und Erziehungsberechtigte mitunter nicht ausreichend einschätzen, wann ihr Kind Unterstützung braucht. Die Hürde, selbst Hilfe zu suchen, ist für viele Jugendliche, insbesondere junge Männer, zu groß. Mangelnde Erfahrungen mit professioneller Hilfe bzw. Informationen über vorhandene Angebote, Sorgen bzgl. der Vertraulichkeit und Vertrauenswürdigkeit der Angebote, Schamgefühle sowie die Angst, missverstanden zu werden, halten junge Menschen davon ab, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Dadurch bleiben psychische Beschwerden und Erkrankungen häufig unbehandelt.

An dieser Stelle setzt O.P.E.N. an – ein Projekt, das von der Forschungsgruppe D.O.T. an der Karl Landsteiner Privatuniversität für Gesundheitswissenschaften entwickelt wurde. O.P.E.N. steht für Online Peer Encouragement Network. Dabei handelt es sich um eine Online-Plattform für den anonymen Austausch zwischen geschulten und supervidierten jugendlichen Peer-Begleiter*innen und Jugendlichen mit psychischen Belastungen (Peers). Das Online-Angebot und die Begleitung durch Gleichaltrige ermöglichen einen besonders niederschweligen Zugang zu professionellen Informationen, emotionaler Unterstützung und unterschiedlichen Lösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten in problembelasteten und krisenhaften Situationen. Die beim

Zugang zu anderen Hilfeleistungen (z.B. Gespräch mit Schulpsycholog*innen, Aufsuchen einer Beratungseinrichtung, Anruf einer Krisenhotline etc.) erlebten Barrieren können durch das Online-Angebot überbrückt werden. Zudem stellen digitale Räume einen zentralen Teil der Lebenswelt Jugendlicher dar, und das Online-Angebot holt die Jugendlichen dort ab, wo sie sich sicher und vertraut fühlen. Das Fehlen von sozialen Hinweisreizen wie Alter, Aussehen, Geschlecht etc. und die damit verbundene Egalisierung sowie die Kontrolle über die persönliche Selbstdarstellung tragen dazu bei, dass Jugendliche aus unterschiedlichen Kontexten dazu ermutigt werden, persönliche Anliegen auszudrücken und um Hilfe zu bitten. Zusätzlich wird die Plattform gezielt beworben, etwa in (Brennpunkt-)Schulen, Jugendzentren, spezifischen Foren und Online-Communitys, um insbesondere jene Jugendlichen zu erreichen, für die das Risiko einer psychischen Belastung oder Erkrankung besonders hoch ist. Die Anonymität des Kontaktes über die Online-Plattform fördert Offenheit und Ehrlichkeit. Darüber hinaus ist es mitunter leichter, über belastende Ereignisse oder schambesetzte Themen wie Trennung der Eltern, Gewalt in der Familie, Mobbing, sexuelle Orientierung, emotionale Probleme etc. zu schreiben, als jemandem in einem persönlichen Gespräch darüber zu erzählen. Die Schriftlichkeit und das Ausformulieren eines Problems können zudem eine reflexive Auseinandersetzung mit einem Thema

anregen und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.

Über O.P.E.N. können sich Jugendliche zwischen 14 und 21 Jahren anonym an Peer-Begleiter*innen wenden, die selbst aus der gleichen oder ähnlichen Altersstufe kommen (16–21). Auch das trägt dazu bei, dass Jugendliche sich leichter öffnen und Unterstützung besser annehmen können. Peer-Begleiter*innen nehmen an einer mehrtägigen Schulung teil, die sie auf Inhalte und Abläufe von Begleitprozessen vorbereitet und in der Interventionsmöglichkeiten und Skills im Umgang mit schwierigen Situationen vermittelt werden. Zusätzlich werden die Peer-Begleiter*innen von Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen supervidiert. O.P.E.N. ist als Plattform für einen wertfreien und niederschweligen Austausch über herausfordernde Lebenssituationen und psychische Belastungen gedacht und kann – bei darüber hinausgehendem Bedarf – ein wichtiger Zugang zu professioneller Hilfe sein bzw. dazu überleiten.

Zum Projektteam von O.P.E.N. gehören Priv. Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Beate Schrank (Projektleitung), Dr. Markus Böckle (Projektleitung), Dr.ⁱⁿ Andrea Jesser, Susanne Schmalwieser, Mag. Tamara Diendorfer und Anna-Lena Mädege.

Mag.^a Mag.^a Dr.ⁱⁿ Andrea Jesser, Bakk.

Wissenschaftliche Mitarbeiterin - Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.
andrea.jesser@donau-uni.ac.at



Mädchen leiden häufiger an psychischen Erkrankungen und bewerten ihren Gesundheitszustand sowie ihre Lebenszufriedenheit schlechter als Jungen.

Digitale Nachsorge nach erfolgter Krankenhausbehandlung



von Christian Aljoscha Lukas

Das Krankenhaus: Hilfe in Krisenzeiten

Alleine in der Bundesrepublik Deutschland werden jedes Jahr etwa 1,3 Millionen Menschen aufgrund einer psychischen Erkrankung in einem Krankenhaus behandelt (Statistisches Bundesamt, 2020). Diese Patient*innen erhalten im Krankenhaus über einen Zeitraum von – im Durchschnitt – vier Wochen eine multiprofessionelle Therapie zur Krisenbewältigung, bestehend aus psychiatrisch-medikamentöser Behandlung, psychologischen Einzel- und Gruppentherapien, sozial- und komplementärtherapeutischen Angeboten sowie unterstützenden Gesprächen mit Pflegepersonal. Die Wirksamkeit dieser Behandlung zur effektiven Stabilisierung in einem vergleichsweise kurzen Zeitraum ist durch wissenschaftliche Untersuchungen gut belegt und unterstreicht die Wichtigkeit der Krankenhäuser für die Versorgung psychisch erkrankter Patient*innen (Benjenk & Chen, 2018).

Nach dem Krankenhaus ist vor dem Krankenhaus

Mit der Entlassung aus dem Krankenhaus finden sich viele Patient*innen jedoch in einer kritischen Situation wieder: Die meisten Betroffenen benötigen im

Anschluss an die Krankenhausbehandlung eine weiterführende Behandlung zur Bewältigung ihrer psychischen Erkrankung, aber nur die wenigsten erhalten eine Folgetherapie, ohne längere Wartezeiten in Kauf nehmen zu müssen (zum Beispiel: Greiner et al., 2019). Diese prekäre Versorgungssituation hat folgende Gründe: 1) Schnittstellenprobleme auf Ebene der Behandler*innen verhindern die erfolgreiche Weiterbehandlung von Patient*innen, zum Beispiel weil es keine systematische Anbindung aus der Klinik in ambulante Psychotherapiepraxen gibt. 2) Patient*innen sind aufgrund ihrer oftmals noch schweren Symptomatik und des komplexen sowie teilweise intransparenten Versorgungssystems (Beispiele: Wie finde ich einen ambulanten Psychotherapieplatz? Wie beantrage ich eine medizinische Rehabilitationsbehandlung?) nicht in der Lage, sich nach der Entlassung eigenständig um eine Nachsorge zu bemühen. 3) Therapieplätze in bestehenden Nachsorgeangeboten sind stark begrenzt, wodurch lange Wartezeiten von bis zu 20 Wochen eher die Regel als die Ausnahme bilden (zum Beispiel: Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Erhalten Patient*innen nach dem Krankenhausaufenthalt aber keine nahtlose Nachsorge, hat dies oftmals eine Wiederverschlechterung oder – im schlimmsten Fall – eine Chronifizierung der Krankheitssymptome zur Folge. Als Folge müssen über 30% aller aufgrund einer psychischen Erkrankung im Krankenhaus behandelten Patient*innen innerhalb des ersten Jahres nach Entlassung rehospitalisiert, also wieder im Krankenhaus behandelt werden (BARMER, 2011).

Digitale Therapieangebote als Allheilmittel?

Eine Möglichkeit zur Verbesserung dieser Situation ist der Einsatz digitaler Therapieangebote. Der Einsatz digitaler Angebote hat zuletzt starken Rückenwind durch die Politik erhalten. Mit

Inkrafttreten des »Digitale-Versorgung-Gesetzes« oder kurz »DVG« im Dezember 2019 wurde in der Bundesrepublik Deutschland ein weltweites Novum geschaffen: Digitale Therapieangebote – und somit auch Lösungen für die psychische Gesundheit – können, ähnlich wie auch Medikamente, von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auf Rezept an betroffene Patient*innen verschrieben werden. Was für das oben skizzierte Nachsorgeszenario zunächst nach einer vielversprechenden Lösung klingen mag, muss vor dem Hintergrund des aktuellen Wissenschaftsstands, der politischen Ausgangslage sowie der Bedürfnisse von aus dem Krankenhaus entlassenen Patient*innen allerdings differenzierter betrachtet werden. In Bezug auf den wissenschaftlichen Stand muss angeführt werden, dass durch das DVG aktuell digitale Therapieangebote verschrieben werden können, deren Wirksamkeit bisher noch nicht wissenschaftlich nachgewiesen wurde. Solche nicht evaluierten Therapieangebote könnten somit keinen oder – im schlimmsten Fall – sogar einen schädlichen therapeutischen Effekt auf Patient*innen haben und deren Situation somit weiter verschlechtern. Politisch betrachtet sieht der Gesetzgeber aktuell vor, dass durch das DVG verschreibungsfähige digitale Therapieangebote nahezu rein digital (also ohne menschliche Begleitung, zum Beispiel in der Form von psychologischem Tele-Coaching) genutzt werden müssen. Im Bereich der psychischen Gesundheit steht diese Vorgabe jedoch in krassem Widerspruch mit wissenschaftlichen Erkenntnissen, die eindeutig die Überlegenheit von sogenannten begleiteten digitalen Therapieangeboten gegenüber nicht begleiteten (also rein digitalen) Therapieangeboten aufzeigen (Baumeister et al., 2014). Insbesondere mit Blick auf die meist noch sehr schwer belasteten Patient*innen in der Nachsorge ist davon auszugehen, dass rein digitale Produkte demnach nicht

die erwünschte Wirksamkeit aufweisen können.

Maßgeschneiderte digitale Nachsorgelösungen

Damit Patient*innen mit psychischen Erkrankungen nach einem Krankenhausaufenthalt möglichst optimal von einer digitalen Nachsorge profitieren können, bedarf es Lösungen, welche optimal an diese besondere Situation angepasst sind. Die digitale Nachsorge sollte nicht nur zeitlich nahtlos an die Krankenhausbehandlung anknüpfen, sondern vor dem Hintergrund der wichtigen Rolle der Akzeptanz für Nutzungs- und Erfolgsraten von digitalen Lösungen bestenfalls bereits im Krankenhaus eingeleitet werden. Laufende Studien zur digitalen Nachsorge bei Alkoholabhängigkeit und Depression weisen deutlich darauf hin, dass eine vom Krankenhausteam ausgesprochene Empfehlung für eine digitale Nachsorge die erfolgreiche Inanspruchnahme auf Seiten der Patient*innen systematisch erhöhen kann. Therapeutisch sollten digitale Nachsorgelösungen den nutzenden Patient*innen Interventionen jenseits standardisierter »One Size Fits All«-Lösungen anbieten, indem sie zum Beispiel innovative Algorithmen zur Individualisierung und Patient*innenorientierung einsetzen. Diese Fokussierung auf die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen sollte im besten Fall durch das thematische

Anknüpfen an die während der Krankenhausbehandlung bereits adressierten Problemstellungen sowie die ggf. bereits erarbeiteten Ansätze für deren Lösung ergänzt werden. Weiterhin bedarf es vor dem Hintergrund der oftmals noch schwer belasteten Patient*innen in der Nachsorge speziell für diese Personengruppe geschulten psychologischen Personals, welches die Nutzung der digitalen Nachsorgelösung systematisch begleitet und somit den nachhaltigen Erfolg der Maßnahme gewährleistet. Letztlich sollten digitale Nachsorgelösungen aufgrund der oftmals komplexen Symptom- und Erkrankungssituation der betroffenen Patient*innen die systematische Anbindung an traditionelle Therapieangebote fördern und somit als digitale Brücken zwischen den Behandlungssektoren agieren.

Fazit

Digitale Nachsorgeangebote können eine sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Versorgungsangeboten darstellen, wenn die spezifischen Besonderheiten dieser Versorgungssituation und insbesondere die Bedürfnisse der betroffenen Patient*innen ausreichend adressiert werden.

Referenzen

BARMER GEK (2011). BARMER GEK Report

Krankenhaus 2011. <https://www.barmer.de/blob/36560/6409dd7c1f720b4a6db65afa38ce713e/data/pdf-krankenhaus-report-2011.pdf> (Zugegriffen: 29.12.2020).

Baumeister, H., Reichler, L., Munzinger, M. & Lin, J. (2014). The impact of guidance on Internet-based mental health interventions — A systematic review. *Internet Interventions*, 1(4), 205–215. <http://doi.org/10.1016/j.invent.2014.08.003>.

Benjenk, I. & Chen, J. (2018). Effective mental health interventions to reduce hospital readmission rates: a systematic review. *Journal of hospital management and health policy*, 2, 45. <https://doi.org/10.21037/jhmhp.2018.08.05>.

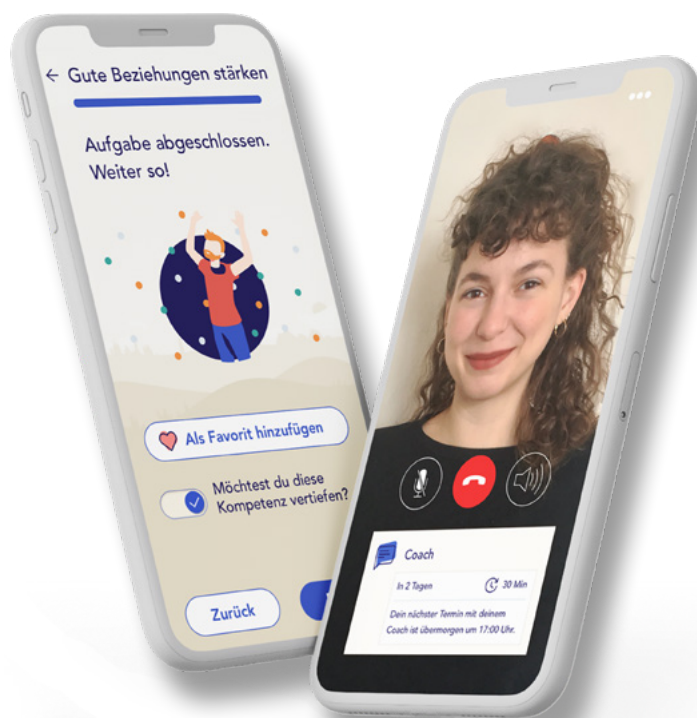
Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018.

Greiner, W. et al. (2019). Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern. Hamburg: DAK.

Statistisches Bundesamt (2020). Grunddaten der Krankenhäuser 2018. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/GrunddatenKrankenhaeuser.html> (Zugegriffen: 29.12.2020).

Dr. Christian Aljoscha Lukas

ist klinischer Psychologe und forscht an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg zu Smartphone-Apps für die psychische Gesundheit. Als Gründer und Chief Scientific Officer der mentalis GmbH, eines 2018 gegründeten Unternehmens, entwickelt und betreibt er digitale Versorgungsprodukte für Menschen mit psychischen Erkrankungen.



Digitales Nachsorgeprogramm der mentalis GmbH, bestehend aus Nachsorge-App und psychologischem Tele-Coaching

Unser Betreu

Prävention

Suchtprävention ist dem *Grünen Kreis* ein besonderes Anliegen. Die Abteilung für Suchtprävention entwickelt individuell zugeschnittene, präventive Konzepte für öffentliche und private Unternehmen sowie Schulen, um dort zu helfen, wo im Vorfeld der Weg in die Sucht verhindert werden kann. Wir bieten: Vorträge, geleitete Diskussionen, Seminare, Outdoor-Workshops/-Veranstaltungen, sowie spezielle Angebote im Bereich der Persönlichkeitsentwicklung, im Umgang mit Stress, Kommunikation und Konfliktstrategien.

In Betrieben

Unsere betriebliche Suchtprävention hilft, Lernprozesse in Gang zu bringen. Sie will den Blick schärfen, um Krankheitsrisiken frühzeitig zu erkennen, und mithelfen, sinnvolle innerbetriebliche Lösungsansätze zu erarbeiten. Der Erwerb von Wissen und Handlungskompetenz, die Schulung von Lehrlingen, MitarbeiterInnen und Führungskräften sind vor diesem Hintergrund entscheidende Maßnahmen.

In Schulen

Während der Schulzeit durchlaufen Kinder und Jugendliche häufig krisenhafte Entwicklungsphasen. Schulische Suchtprävention kann dazu beitragen, Jugendliche zu stützen, Entlastung zu schaffen, sie in die Lage zu versetzen, auf Krisensituationen kompetent zu reagieren und ein suchtförderndes Verhalten zu vermeiden.

Stationäre Kurzzeittherapie

Die stationäre Kurzzeittherapie (Dauer bis zu 6 Monaten) ist gedacht für erwachsene Suchtkranke, die einer kurzfristigen stationären Intervention bedürfen, die rasch stabilisiert werden können und in einer weiterführenden ambulanten Therapie behandelt werden können. Idealerweise sind diese KlientInnen in ihrem persönlichen Umfeld noch sozial integriert. Eine abgeschlossene Ausbildung oder eine Arbeitsstelle ist vorhanden bzw. es kann wieder rasch ein Arbeitsplatz gefunden werden.

Aufnahme finden auch KlientInnen mit einer Weisung zu einer gesundheitsbezogenen Maßnahme (»Therapie statt Strafe« nach § 35 und § 39 SMG, § 50 STGB, § 173 STPO). Kostenübernahme durch den Bund maximal 6 Monate.

Im Rahmen der stationären Kurzzeittherapie findet auch die Alkoholentwöhnung/-rehabilitation für Wiener KlientInnen (Dauer 1 bis 2 Monate) statt.

Die Betroffenen nehmen, wie alle anderen KlientInnen der Therapeutischen Gemeinschaft, am gesamten Therapieprogramm teil und werden vom jeweiligen multiprofessionellen Team begleitet. Ziele sind ein abstinentes oder ein substituiertes Leben ohne Beikonsum zu ermöglichen sowie die Stabilisierung und rasche Reintegration in ein soziales Umfeld.

Beratung

Im Rahmen der ambulanten Abklärung erhalten Betroffene je nach Bedarf individuelle Unterstützung und Begleitung. Sie erfolgt durch die MitarbeiterInnen des Beratungsteams (Vorbetreuung) bzw. die MitarbeiterInnen in den ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren. Das Beratungsteam ist in ganz Österreich für Betroffene unterwegs. Gespräche finden in Krankenhäusern, Justizanstalten, Einrichtungen der Sozialen Arbeit, in den Beratungszentren des Vereins *Grüner Kreis* und überall dort statt, wo sich Hilfesuchende aufhalten.

Unser Angebot richtet sich an

- Menschen mit substanzgebundenen Suchterkrankungen (legale und illegale Substanzen)
- Menschen mit nicht substanzgebundenen Suchterkrankungen (z.B. pathologisches Glücksspiel)
- suchtkranke Erwachsene und Jugendliche
- ältere Suchtkranke
- suchtkranke Eltern und Mütter mit ihren Kindern
- Menschen mit komorbiden Erkrankungen
- KlientInnen aus Wien, die einen körperlichen Teil- oder Vollentzug absolvieren möchten
- KlientInnen aus Wien, die eine Alkoholrehabilitation absolvieren
- Menschen mit einer richterlichen Weisung
- Angehörige

Stationäre Langzeittherapie

Die stationäre Langzeittherapie (Dauer 6 bis 18 Monate) ist gedacht für jugendliche, erwachsene Suchtkranke, Paare oder Mütter mit Kindern, MultimorbiditätsklientInnen, ältere Suchtkranke und Menschen, die ihr Leben und sich selbst neu organisieren und neu orientieren müssen. Sie ist für Menschen geeignet, die über einen sehr langen Zeitraum eine Vielzahl von Suchtmitteln missbrauchen (Polytoxikomanie), bei Abhängigen mit psychiatrischen Diagnosen, Persönlichkeits- und/oder Sozialisationsstörungen, psychischen oder physischen Folgeerkrankungen sowie psychosozialen Auffälligkeiten.

Therapieziel ist das Erleben von stützenden, zwischenmenschlichen Beziehungen und das Erkennen und Verstehen von Zusammenhängen zwischen Suchterkrankung und eigener Lebensgeschichte. Die nachhaltige Rehabilitation und Integration der KlientInnen, ein geregeltes Arbeitsleben, gesicherte Wohnsituation, finanzielle Absicherung, Finden und Förderung von Ressourcen, Berufsfindung und -ausbildung stehen im Vordergrund.



Leistungsangebot

Ambulante Behandlung/Rehabilitation

Ambulante Betreuung und Behandlung/Rehabilitation bedeutet die Begleitung von Betroffenen unter Beibehaltung ihrer aktuellen Lebensumstände. Das heißt, die Behandlung wird in den persönlichen Alltag der/des Betroffenen integriert. In unseren fünf ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren in Wien, Graz, Linz, Klagenfurt und Wr. Neustadt, bieten wir ein breites Beratungs- und Behandlungsspektrum an.

Für Wiener KlientInnen wird die Ambulante Therapie/Rehabilitation in vier Intensitätsmodulen zwischen 3 und 24 Monaten angeboten. Sie ist sowohl für nicht substituierte KlientInnen als auch für substituierte KlientInnen, für KlientInnen mit einer substanzgebundenen sowie mit einer nicht substanzgebundenen Suchterkrankung, sowohl für Jugendliche als auch Erwachsene geeignet.

Für KlientInnen aller übrigen Bundesländer beträgt die ambulante Behandlung/Rehabilitation 6 bis 18 Monate.

Am Ende dieser Behandlung/Rehabilitation sollten KlientInnen in der Lage sein, ihr Leben selbstbestimmt führen zu können, die nötigen Hilfskontakte und -ressourcen zur Hand zu haben, sozial integriert und finanziell abgesichert zu sein, sich in einer zufriedenstellenden Wohnsituation und im Idealfall in einem Arbeits- oder Ausbildungsverhältnis zu befinden.

Stationäre Dauerbetreuung

Die stationäre Dauerbetreuung mit und ohne dislozierter Wohnform bietet Betroffenen nach Abschluss der stationären Behandlungsphase ein Folgebetreuungs- und Behandlungsmodell, um den Betroffenen beistehen und die gewonnene psychische und physische Stabilität aufrechterhalten zu können. Auf diese Weise können Schritte zur größtmöglichen Selbständigkeit erprobt und umgesetzt werden. Zudem können die Strukturen der Therapeutischen Gemeinschaft weiterhin genutzt werden. Die langjährigen Erfahrungen des Vereins *Grüner Kreis* mit Menschen mit vorliegender Komorbidität zeigen die dringende Notwendigkeit einer möglichen Weiterbetreuung und -behandlung/Rehabilitation nach abgeschlossener stationärer Therapie (über 18 Monate hinaus).

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, entweder in einer integrierten Wohneinheit der Therapeutischen Gemeinschaft oder in einer nahe gelegenen, vom *Grünen Kreis* angemieteten, Wohnung autonom zu leben. Die entsprechende dazugehörige Betreuung erfolgt nach einem gemeinsam und individuell entwickelten Behandlungs/Rehabilitations- und Betreuungsplan.

Stationärer Vollentzug & Teilentzug

KlientInnen mit Hauptwohnsitz in Wien haben die Möglichkeit eines stationären körperlichen Teil- oder Vollentzugs im Sonderkrankenhaus Marienhof.

Die Dauer der Behandlung hängt von der jeweiligen Substanz ab: Teil- oder Vollentzug Alkohol - Zeitraum ca. 14 Tage; Teil- oder Vollentzug illegale Substanzen - bis zu 8 Wochen.

Beim Vollentzug ist das Ziel naturgemäß der vollständige körperliche Entzug von legalen und/oder illegalen Substanzen.

Eine weitere notwendige Behandlung/Rehabilitation kann im Anschluss an den Voll- bzw. Teilentzug vor Ort geplant werden, da an den Entzug immer zumindest ein kurzes stationäres Modul oder ein längeres stationäres bzw. ambulantes Modul anschließt.

Beim Teilentzug werden alle legalen/illegalen Substanzen unter Beibehaltung eines Substitutionsmittels entzogen. Der Teil- oder Vollentzug wird immer mit besonderem Augenmerk auf die Bedürfnisse der einzelnen KlientInnen durchgeführt. Basis dafür ist eine allgemeinmedizinische und psychiatrische Anamnese, aus der sich die Behandlungsnotwendigkeiten ergeben.

AMS-NÖ Beschäftigungsprojekt

Im Rahmen des Gemeinnützigen Beschäftigungsprojektes wird KlientInnen, die das stationäre Langzeittherapieprogramm erfolgreich abgeschlossen haben, die Möglichkeit geboten, einen vom AMS Niederösterreich geförderten Arbeitsplatz auf Zeit zu erhalten. Die TransitmitarbeiterInnen sind in den verschiedensten Arbeitsbereichen (Landwirtschaft, Bau und Renovierung, Tischlerei, Fuhrpark, Seminarhotel, Kreativwerkstätten, Schlosserei, Büro, Catering, Lager etc.) eingesetzt und werden von qualifiziertem Fachpersonal angeleitet. Zusätzlich zu den geförderten Arbeitsplätzen auf Zeit werden KlientInnen und ExklientInnen bei Umschulungen, Lehrlingsausbildungen und spezifischen FacharbeiterInnenausbildungen entsprechend ihrer individuellen Interessen unterstützt. Durch dieses Programm konnte die Therapieerfolgsquote deutlich gesteigert und die anschließende Reintegration in den freien Arbeitsmarkt entscheidend verbessert werden. Bei entsprechender Weiterentwicklung und Berufsausbildung der KlientInnen ist nach Beendigung der TransitmitarbeiterInnenphase auch eine Übernahme in ein reguläres Beschäftigungsverhältnis beim Verein *Grüner Kreis* möglich.

Psychotherapie in virtuellen Welten



von Johannes Lanzinger



und Johannes Rother

Die Technologie der virtuellen Realität (VR) ist älter, als viele vielleicht denken mögen. Einzug in die Psychologie hat sie schon Anfang der 90er-Jahre des letzten Jahrhunderts gefunden.

Die Brillen damals waren schwer, unhandlich und vor allem eines: teuer. Dementsprechend konnten es sich nur größere Einrichtungen – insbesondere Universitäten – leisten, damit zu arbeiten. Zunächst beschränkte sich die Forschung hauptsächlich auf den Bereich der spezifischen Phobien. Nachdem die Konfrontationstherapie bei dieser Form der Angststörung schon lange als Goldstandard galt, sich aber aufgrund mangelnder Verfügbarkeit entsprechender Stimuli (nicht jeder Therapeut hat ein Flugzeug in der Garage) als unpraktisch

erwies, lag der Gedanke nahe, die Konfrontation einfach virtuell durchzuführen. Der Trick dabei: Das Gehirn differenziert emotional nicht zwischen der virtuellen Realität und der Wirklichkeit. Die aufkommende Angst ist real und damit lässt sich im Rahmen einer Konfrontationstherapie wunderbar arbeiten.

Die frühen VR-Brillen lassen sich in keinster Weise mit den heute verfügbaren Hightech-Geräten vergleichen. Die Grafik war rudimentär, die Bildwiederholungsrate niedrig und das Tracking fehleranfällig. Trotzdem ließen sich beachtliche Erfolge in der Behandlung von Spinnenphobie, Höhenangst und Flugphobie erzielen, welche sich in ihrer Wirksamkeit nur geringfügig von der echten Konfrontation in vivo unterschied. Mit steigender Leistungsfähigkeit der Brillen wurden die Szenarien immer realistischer und man konnte immer mehr Phobien erfolgreich mit VR behandeln. Heute gilt die Wirksamkeit bei fast alle spezifischen Phobien als erwiesen. Ein voller Erfolg könnte man meinen, trotzdem setzte sich die Behandlung mit virtueller Realität in der Praxis zunächst kaum durch. Das lag vor allem an den hohen Kosten der Hardware und an der fehlenden Software, welche bis vor kurzem fast ausschließlich zu Forschungszwecken programmiert wurde und Psychologen in der Praxis gar nicht zur Verfügung stand. Geändert hat sich die Situation im März 2016, als Oculus eine erschwingliche VR-Brille für jedermann auf den Markt brachte, welche die damals erhältlichen Brillen in technischer Hinsicht um Längen schlug.

Damit war auch der Startschuss für Phobius gefallen, unser psychologisches Zentrum in Wien, das sich der Behandlung von Angststörungen mit VR verschrieben hat. Trotzdem brauchten wir damals noch gut ein Jahr, bis wir ein entsprechendes Portfolio an VR-Software zusammengestellt hatten, um mit der Behandlung von Angstpatienten starten zu können. Obwohl inzwischen eine Reihe an Unternehmen entsprechende Software anbietet, stellt diese nach wie vor den Flaschenhals dar. Oftmals nur auf Englisch verfügbar, komplizierte Bedienung und hohe Fehleranfälligkeit – viele Therapeuten sind von der Benutzung

eher abgeschreckt. Das zeigt sich auch anhand der Verfügbarkeit. Phobius ist seit fast vier Jahren der einzige Anbieter in Österreich und – bis auf einige Unikliniken – auch im gesamten deutschsprachigen Raum.

Das ist schade, denn die Technologie ist prinzipiell so weit, dass sie breite Anwendung finden könnte. Und vor allem ist sie schnell und wirkungsvoll. Im Schnitt reichen acht bis zehn Sitzungen, um bei den meisten Patienten eine deutliche Reduktion der Angst zu erzielen. Das Ziel ist es meist nicht, die Angst komplett zu besiegen, sondern sie so weit in den Griff zu bekommen, dass sie den Alltag nicht mehr einschränkt. Gemeinsam mit dem Therapeuten stellt man sich seinen Ängsten, fliegt in weit entfernte Länder, begibt sich in schwindelerregende Höhen, geht auf Tuchfühlung mit Hunden, Schlangen und Spinnen und hält Vorträge vor Hunderten Menschen. Alles, ohne jemals den sicheren Rahmen der Praxis verlassen zu müssen. Die Konfrontation im virtuellen Raum wird natürlich im Vorfeld genau vorbereitet und in ein Therapiekonzept eingebettet. Zunächst geht es darum, ein Verständnis für die Angststörung zu entwickeln und die Zusammenhänge zwischen Angstgedanken und Verhaltensweisen zu verstehen. Dann werden Techniken erlernt, um mit den psychischen und körperlichen Auswirkungen der Angst umgehen zu können. Und erst wenn sich der Patient bereit fühlt, geht es in die Konfrontation. Der große Vorteil der virtuellen Realität hierbei: Die Exposition mit dem angstauslösenden Stimulus findet unter komplett kontrollierten Bedingungen statt und kann vom Therapeuten individuell auf den Patienten abgestimmt werden – Herausforderung statt Überforderung.

Virtuelle Realität als Allzweckwaffe?

Die Forschung hat in den letzten Jahren immer mehr an Fahrt aufgenommen. Nicht nur Angststörungen können mit VR effizient behandelt werden, sondern auch eine Reihe anderer psychischer Erkrankungen.

■ Sucht

Lernen, »Nein« zu sagen: Eine der größten Herausforderungen bei der



In ein paar Jahren könnte es möglich sein, von zu Hause aus Stand-Alone-Applikationen auszuführen, um akutes Craving mit einer VR-Brille zu bewältigen.

Behandlung von Suchterkrankungen ist der Umgang mit dem Verlangen besser bekannt unter dem Begriff Craving. Auslöser können Stress, Hunger oder Müdigkeit sein, meist sind es jedoch Menschen und Orte, die mit dem Substanzkonsum assoziiert werden. Dann legt sich ein Schalter im Gehirn um und alles schreit nach Dopamin. Oftmals geschieht dies unbewusst und impulsiv. Diese automatisierten Reaktionen gilt es zu durchbrechen. Die Cue-Exposure-Therapy (Reizkonfrontation) hat sich als Behandlungsmethode der Wahl etabliert, um gezielt mit Situationen zu konfrontieren, die es auszuhalten gilt. Mit Hilfe einer VR-Brille kann dieses Verfahren ergänzt werden. So trainieren sich Patienten Schritt für Schritt und in der sicheren Umgebung der virtuellen Realität den Suchtdruck ab. Von leeren Bierflaschen über Spritzbesteck und sogar wilden Partys kann alles simuliert werden. Dabei können auch Düfte wie Alkohol und Rauch freigesetzt werden, um eine sehr realistische Rückfallsituation zu schaffen. In ein paar Jahren ist es vielleicht bereits möglich, dass Patienten selbstständig von zu Hause aus Stand-Alone-Applikationen ausführen können, um akutes Craving mit einer VR-Brille zu bewältigen.

■ **Esstörung**

Esstörungen sind nicht auf die leichte Schulter zu nehmen: Die Auswirkungen der Krankheit können bis zum Tod führen. Entsprechend wichtig ist es, rasch den Weg in die Behandlung

zu suchen. Bis vor kurzem wurden Essstörungen hauptsächlich mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelt. In Kombination mit virtueller Realität ergeben sich noch effektivere Behandlungsmöglichkeiten. Denn hier können virtuelle Körper, sogenannte Avatare, verwendet werden. Studien zeigen bereits, dass Patienten eine so enge Verbindung zu ihren Avataren verspüren, dass sie emotional so reagieren, als wäre die virtuelle Umgebung real. Auf diese Weise können das Essverhalten unter validen Bedingungen durchgespielt und Probleme mit dem eigenen Körperbild aufgearbeitet werden. Beispielsweise wurden Frauen mit Dysmorphophobie gebeten, ihre eigenen Körpermaße zu schätzen, bevor sie an einem Körper-tausch-Szenario mit VR-Brille teilnahmen. In der Illusion wurde den Frauen ein virtuelles Bild von sich selbst mit dünnem Bauch gezeigt. Die Theorie war, dass es möglich sein könnte, das allozentrische Gedächtnis einer Person (eine Art räumliches Gedächtnis, bei dem die Person Objekte von einem stationären Standpunkt aus mental manipuliert) zum Positiven zu verändern. Tatsächlich schätzten die Frauen ihren Körperumfang im Anschluss realistischer ein als vor der Teilnahme an dem Experiment.

■ **Schizophrenie**

Für die Behandlung von Schizophrenie sind familienbasierte Interventionen, kognitive Verhaltenstherapie, symptom-fokussierte Interventionen und Training sozialer Fähigkeiten

erforderlich. VR kann dies effektiv unterstützen. Forscher haben neuartige VR-basierte Aufgaben entwickelt, um verschiedene neurokognitive Defizite wie soziale Wahrnehmung und Gedächtnisleistung zu trainieren. Virtuelle Realität spielt auch im spezifischen Symptommanagement bei Schizophrenie eine Rolle. So wurde zum Beispiel die sogenannte Avatar-Therapie entwickelt, um akustische Halluzinationen zu behandeln. Dabei wird im virtuellen Raum ein Avatar erstellt, welcher (gesteuert durch den Therapeuten) den Patienten mit Kommentaren drangsaliert. Nun gilt es Schritt für Schritt die Kontrolle über den Avatar zu übernehmen, bis sich dieser allmählich zu einer freundlichen und unterstützenden Figur wandelt. Die Avatar-Therapie wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert und zeigte vielversprechende Ergebnisse. Das immense Potenzial von VR-basierten Interventionen scheint also auch bei Schizophrenie anwendbar zu sein.

Johannes Lanzinger, M.Sc.

Klinischer und Gesundheitspsychologe
Gründer von Phobius, Qualifizierter psychologischer Onlineberater, Dozent für Klinische Psychologie und Psychologisches Empowerment

Johannes Rother, M.Sc.

Psychologe
Wissenschaftliche Leitung Phobius, Forschungsmitarbeit am Institut für Managementwissenschaften, Wissenschaftliche Projektmitarbeit an der Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie, Zertifizierter FACS-Rater

Ambulante Suchtbehandlung in der COVID-19-Pandemie



von Hans Haltmayer

Die Covid-19-Pandemie hat die Welt verändert und somit auch erheblichen Einfluss auf die ambulante Behandlung von Suchtkranken genommen.

Der Lockdown am 16. März 2020 war ein tiefer Einschnitt in das Leben aller BürgerInnen und brachte eine Reihe von Beschränkungen, Einschränkungen und Unannehmlichkeiten mit sich, die bis dato unvorstellbar gewesen waren. Nicht nur Geschäfte, Einkaufszentren und Baumärkte waren geschlossen, auch Spitalsambulanzen und niedergelassene ÄrztInnen waren eingeschränkt und nur nach vorheriger Anmeldung und mit Zugangskontrolle erreichbar. Für chronisch kranke Menschen, die in besonderem Maße auf eine kontinuierliche ärztliche Versorgung angewiesen sind, stellte der eingeschränkte Zugang zur ärztlichen Versorgung nicht nur ein zeitliches und organisatorisches Problem dar, sondern es war für sie auch ein bedrohliches Szenario, das Reaktionen von Verunsicherung, Angst bis hin zur Panik nach sich zog.

So ging es in der ersten Phase des Lockdowns überwiegend darum, die PatientInnen zu beruhigen, Stabilität zu vermitteln, den PatientInnen einen Zugang zur Behandlung offen zu halten und für sie die Versorgung mit Medikamenten abzusichern. Kein leichtes Unterfangen, waren doch innerhalb der ambulanten Suchthilfe-Einrichtungen selbst viele gut eingespielte und bewährte Abläufe neu zu organisieren und mit den definierten Hygienevorschriften und Abstandsregeln in Einklang zu bringen. In dieser Phase zeigte sich in beeindruckender Weise, über welch hohes Engagement, besondere Kreativität und enorme Flexibilität die MitarbeiterInnen der unterschiedlichen Suchthilfe-Einrichtungen verfügen. Die Versorgungs- und Behandlungsangebote wurden innerhalb kürzester Zeit so angepasst, dass die Sicherheitsbestimmungen eingehalten wurden und die Versorgung der PatientInnen aufrechterhalten werden konnte. Aber trotz aller Bemühungen ließen sich Einschränkungen und Unannehmlichkeiten nicht zur Gänze vermeiden. So hatten etwa die anfänglich erforderlichen Zugangskontrollen inklusive Temperaturmessung und Checklisten-basierter Befragung Warteschlangen vor den Eingängen der ambulanten Einrichtungen zur Folge. Eine für viele PatientInnen sehr unangenehme Situation, da mit dem Schlange stehen am Gehsteig auch ein Verlust von Anonymität verbunden war. Auch für das Personal war die Lage anfänglich prekär, insbesondere durch den Umstand, dass zu wenig Schutzausrüstung vorhanden war und am freien Markt Ware nicht erhältlich war. Eine Situation, mit der nicht nur kleine Gesundheitseinrichtungen, sondern auch die großen Spitäler zu kämpfen hatten.

PatientInnen unter Opioid-Substitutionstherapie (OST) gehören zu jener Kategorie von Menschen mit einer chronischen Erkrankung, die in besonderem

Maße auf einen durchgehenden Bezug ihrer Medikamente angewiesen sind, weil eine Unterbrechung der Medikamenteneinnahme für sie mit schweren körperlichen und psychischen Folgen verbunden ist. Um die Rahmenbedingungen für die dauerhafte und reibungslose Aufrechterhaltung der medikamentösen Versorgung der PatientInnen in OST zu schaffen, erwiesen sich zwei Gesetzesnovellen des Gesundheitsministeriums als sehr hilfreich. Diese beinhalteten zum einen den Wegfall der verpflichtenden Beglaubigung (»Vidierung«) der Substitutions-Dauerverschreibung durch den Amtsarzt, zum anderen wurde die Möglichkeit der Rezeptübermittlung per Fax oder Mail an die Apotheke geschaffen. Eine Intention dieser Maßnahme war es, die Kontaktfrequenz beim Amtsarzt zu reduzieren und damit das Infektionsrisiko zu vermindern. Darüber hinaus wollte man damit aber auch den öffentlichen Gesundheitsdienst entlasten, der mit der Pandemiebekämpfung mehr als gefordert war und dafür alle zur Verfügung stehenden Kräfte benötigte. Um das Übertragungsrisiko hinsichtlich Corona zu reduzieren, lautete eine weitere Empfehlung des Ministeriums, die Abgabe-Intervalle der Substitutionsmedikamente in der Apotheke aus epidemiologischen Überlegungen nach Möglichkeit und Maßgabe auf größtmögliche Intervalle zu strecken.

Durch diese Maßnahmen entstand letztendlich eine Konstellation, die noch wenige Monate zuvor undenkbar gewesen wäre: ÄrztInnen stellen PatientInnen ein Substitutionsverschreibung aus, übermitteln das Rezept ohne vorherige amtsärztliche Bewilligung elektronisch an die Apotheke und die PatientInnen können ihre Medikamente direkt in der Apotheke in Form der größtmöglichen Autonomie (Stichwort Mitgabe) beziehen!

Für die PatientInnen bringt diese neue Regelung eine Reihe von Vorteilen mit sich, so ersparen sie sich etwa den monatlichen Weg in das Gesundheitsamt samt der damit verbundenen Wartezeit, ein Prozedere, das schon einmal ein paar Stunden bis zu einem halben Tag Zeitaufwand bedeuten kann. Ein Aufwand, der vor allem berufstätige PatientInnen wiederholt in terminliche Bedrängnis oder Erklärungsnot dem Arbeitgeber gegenüber bringt. Neben den großen Erleichterungen im Alltag, von denen viele PatientInnen berichten, erfahren sie dadurch aber auch einen Zuwachs an Autonomie und Empowerment. Sie erleben diese Lockerungen in gewisser Weise auch als wertschätzendes Vertrauen, das ihnen damit entgegengebracht wird, als eine Form von Zutrauen, das man in sie setzt. Und Zutrauen ist bekanntlich eine den Selbstwert stärkende Erfahrung.

Zumindest bis zum 30.6.2021 – bis zu diesem Termin sind die neuen Regelungen befristet – ersetzt ein Prinzip, das auf Zutrauen und Autonomie setzt, ein bis zur Pandemie geltendes System, das überwiegend auf Kontrolle und Beschränkungen basiert. Ein System, das ganz grundsätzlich und generalisierend davon ausgeht, dass Menschen mit einem Suchtproblem

die zur Suchtbehandlung eingesetzten Medikamente nicht in ausreichendem Maße kontrollieren und verwalten können und dass daher von einem hohen Maß an Selbst- und Fremdgefährdung durch unkontrollierten Gebrauch oder Weitergabe an Dritte auszugehen ist. Nun gibt es unbestreitbar Verläufe und Phasen einer Suchterkrankung, in denen es zu solchen Situationen kommt und in denen zum Schutz der PatientInnen selbst und anderer ein hohes Maß an Kontrolle angewendet werden muss. Dennoch, so zeigen es die Erfahrungen der letzten zehn Monate, scheint für eine Mehrheit der PatientInnen das Prinzip des Zutrauens und des primären Vertrauens durchaus angebracht und gerechtfertigt zu sein, da bislang keine verstärkte Diffusion von Substitutionsmedikamenten auf den Schwarzmarkt beobachtet werden konnte. Natürlich war es auch im bisher geltenden System auf Basis zahlreicher Ausnahmeregelungen möglich, den PatientInnen Autonomie und damit ein gewisses Maß an Normalität zu ermöglichen, aber eben nur als begründete Ausnahme.

Einschränkend muss man feststellen, dass die positiven Effekte der Lockerungen bisher nur unter Corona-Bedingungen beobachtet werden konnten und

noch keine ausreichenden Dokumentationen und Analysen vorliegen. Es handelt sich bislang um persönliche Wahrnehmungen von ÄrztInnen aus den verschiedenen ambulanten Suchthilfeeinrichtungen, die sich aber über die Institutionen hinweg in einem hohen Maße decken. Und diese nationalen Erfahrungen werden auch durch nahezu idente Berichte von Sucht-ExpertInnen aus der Schweiz und aus Deutschland bestärkt, wie sich bei einer erst kürzlich von der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) organisierten Online-ExpertInnen-Konferenz mit VertreterInnen aus Deutschland, der Schweiz und Österreich gezeigt hat. Wir sollten diese Erfahrungen weiter beobachten, dokumentieren und evaluieren, vielleicht gelingt es durch die Coronapandemie, der Normalisierung in der Behandlung von Suchtkranken zu einem unerwarteten Durchbruch zu verhelfen.

Dr. med. Hans Haltmayer

Ärztlicher Leiter der Suchthilfe Wien gGmbH
Autor zahlreicher Fachpublikationen
Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), seit 2013 Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien



Zugangskontrollen inklusive Temperaturmessung und Checklisten-basierter Befragung hatten Warteschlangen vor den Eingängen der ambulanten Einrichtungen zur Folge.

Spurensuche

Therapeutische Gemeinschaft und soziale Medien

Als Erstes möchte ich von meiner damaligen Anfangszeit beim Grünen Kreis und meinem Einstieg in die Therapeutische Gemeinschaft (sprich ohne Handy, Laptop usw.) erzählen.

Ich kam an, war noch sehr »entzügig« und hatte auch noch eine ganz andere Sicht von meinem Leben. Für mich brach meine Welt zusammen, als ich kein Handy hatte, mich in meiner Freizeit mit mir selbst und mit meiner Sucht beschäftigen musste und mich nicht ablenken und von der Gruppe isolieren konnte. Am Anfang hatte ich sehr oft Abbruchsgedanken. In dieser Zeit war das auch ein Schutz für mich. Jeden Tag nach der Struktur war ich im Gruppenraum oder im Freizeitraum, wo ich meine Gruppenmitglieder viel besser kennenlernte. Es war auch immer etwas los am Abend und eine gute Ablenkung von den anstrengenden Veränderungen, die die Therapie mit sich bringt. Nach ein paar Tagen vermisste ich mein Handy gar nicht mehr. Als ich es dann aber wieder bekam, war ich mit der Menge an Informationen durch meine sozialen Netzwerke, aber auch privaten Kontakte richtig überfordert. Ich habe dann beobachtet, dass ich mein Handy auch in der Freizeit im Zimmer liegen gelassen und mich viel mehr mit den neuen Klienten beschäftigt habe. Als dann die neue Regel kam, dass die neuen Klienten ihr Handy und Co nicht mehr abgeben mussten, nutzten auf einmal nur noch die Gruppenälteren die Freizeiträume. Es braucht viel Auseinandersetzung und Gespräche, um neuen Klienten zu erklären, warum sie sich nicht nur mit dem Handy beschäftigen sollten. Mir haben die Abende mit der Gruppe sehr beim Finden neuer Klienten ihre Interessen geholfen. Leider verbringen viele der neuen Klienten ihre Zeit mit Onlinespielen und Filmeschauen. Die sozialen Medien erschweren den Einstieg in ein geregeltes Leben, denn außerhalb der Therapie hat man keine fest vorgegebene Struktur oder Gruppe, die auf einen schaut. In Zeiten der Corona-Pandemie können die Medien auch sehr nützlich sein. Jetzt bin ich 13 Monate auf Therapie und konnte mich aufgrund der Maßnahmen nicht mit allen treffen, die mir am Herzen liegen. Mit der Möglichkeit der Videotelefonie zum Beispiel kann ich meinen Kontakt mit Freunden und Familie sehr gut halten, aber auch über Facebook bekomme ich einen kleinen Teil ihres Lebens mit. Die Beiträge bewirken in mir auch positive Erinnerungen an schöne Momente meines Lebens. Man muss wirklich einen sehr guten Umgang haben und sehr überlegt mit den Medien umgehen und sich wirklich auch darauf verlassen, dass die Gruppe konstruktive Rückmeldungen gibt, damit die Medien dich nicht negativ beeinflussen.

anonym

Ich war mit achtzehn Jahren das erste Mal auf Langzeittherapie beim Grünen Kreis. Bin seit August 2020 das zweite Mal in Johnsdorf. In diesen Jahren hat sich regeltechnisch sehr viel geändert, positiv wie negativ. Früher hat man sein Handy bzw. seinen Laptop etc. in der Anfangsphase abgeben müssen. Bis man sein eigenes Handy nach drei Monaten wieder bekam, konnte man ein Hausteleson benutzen, was bedeutete, dass die Zeit des Telefonierens begrenzt war. Damals fand ich diese Regel sehr streng, heute verstehe ich den Hintergrund voll. Es hatte den Sinn, dass man sich voll und ganz auf sich und die Therapie konzentriert und nicht die Möglichkeit nutzt, sich durch Handy, Laptop usw. abzulenken. Ich merkte selbst, als ich wiederkam, dass ich mich oft ablenkte, indem ich auf dem Handy Spiele spielte und ich mich somit schwer auf mich, die Gruppe und die Therapie konzentrieren konnte. Ich wusste es und nahm mir vor, es nicht zu tun. Trotzdem war die Verlockung oft zu groß und vor allem zu leicht, ins Handy zu schauen und sich abzulenken. Verständlicherweise ist es angenehmer, sich mit dem Handy zu beschäftigen, als sich mit den eigenen Problemen auseinanderzusetzen. Heute merke ich oft in der Pause/Freizeit, wie die Leute ständig ins Handy starren und ihnen vielleicht gar nicht klar ist, wie bremsend das für ihre vielleicht einzige Chance ist, ihr Leben zu verändern. Natürlich sollte man das ansprechen und sie konfrontieren. Nur da denke ich, wie viel wertvolle Zeit wegen dieses leidigen Themas verschwendet wird. Früher war es nicht notwendig, das anzusprechen, da es schlicht verboten war. Somit war man automatisch gezwungen, sich mit sich und seiner Sucht und allem Notwendigen auseinanderzusetzen. In der Zeit der Corona-Krise hat sich die Kommunikation generell stark auf das Handy verlagert. Dazu wollte ich noch unbedingt erwähnen, dass ich vor dem Grünen Kreis schon Therapiestunden machen musste. Beim ersten Lockdown war das Einzelgespräch nur telefonisch möglich. Ich mochte es überhaupt nicht, die fünfzig Minuten in der Woche am Telefon über meine Probleme zu reden. Mir fehlte das Persönliche. Ich empfand das telefonische Einzelgespräch nicht sehr hilfreich. Positiv möchte ich anmerken, dass speziell jetzt in der Corona-Krise die Möglichkeit besteht, mit der Familie und mit Freunden telefonisch Kontakt zu haben. In so einer Zeit finde ich es für beide Seiten sehr wichtig. Danke!

Marcel, Johnsdorf

Der virtuelle Andere Psychotherapie V 2.0



von Human-Friedrich Unterrainer

Die therapeutische Wirkung des Cyberspace erscheint zumindest auf literarischem Wege bestätigt bzw. der Ansatz, Sucht als (Ver-)Bindungsstörung zu konzeptualisieren, erfährt erstmals auch Unterstützung aus der virtuellen Welt

Ich schreibe diese Zeilen Mitte Dezember 2020 und bald schon steht das Christkind bzw. der Weihnachtsmann vor der Tür und mit ihm auch ein prall gefüllter Sack schlechter Neuigkeiten. Nachdem ich mir, wie im vorigen »Sucht«-Magazin gut dokumentiert (vgl. Unterrainer, 2020), im Oktober vor zwei Monaten noch ein paar freche Bemerkungen hinsichtlich aufkommender Bevormundungstendenzen der Bundesregierung bezüglich meines Kaffeehaus-Besuchsverhaltens erlauben konnte (Stichwort: »Schnitzelprotokoll«), bin ich jetzt Corona sei Dank zum wiederholten Mal in diesem Jahr wieder relativ schmähstad. Im Nachhinein betrachtet ging eigentlich alles ganz schnell (den Bach hinunter) – der zweite »harte« Lockdown war, nach einer kurzen Aufwärmphase durch einen zweiwöchigen »lockeren« Lockdown, schnell verhängt und das öffentliche Leben damit flächendeckend lahmgelegt. In weiterer Folge

nahm das Projekt »Wien ohne Wiener« (Liedtext Georg Kreisler) dann Anfang November noch einmal so richtig Fahrt auf, als sich zu der »feschen Angina« (G. Kreisler) auch noch ein heimtückischer Terroranschlag gesellte. »Schleich di, du Oaschloch« hielt ein dem Massaker beiwohnender Anrainer noch beherzt dagegen, womit gleichzeitig auch eine neue Ära des »Social Distancing« eingeläutet war.

Aufmunitioniert wurde demnach sowohl in der realen als auch in der digitalen Welt. Nicht nur im schulischen und universitären Lehrbetrieb ging der Weg von Präsenz über Hybrid bis zu Digital, auch die psychosoziale Versorgungslandschaft wurde zunehmend eine virtuelle – wobei zugegebenerweise die Entwicklung eine nicht ganz neue ist und von der Covid-Pandemie im besten Fall befeuert wurde. »Nicht ganz neu« ist zudem noch schwer untertrieben, wenn man William Gibsons epochales Werk »Neuromancer« aus grauer Cyber-Vorzeit, nämlich 1987 (eigentlich schon 1984 im englischen Original als erster Teil einer Trilogie), zurate zieht. Hier wird die Geschichte des Antihelden Case erzählt, eines ehemaligen »Konsolen-Cowboys« (Auftrags-Hacker), dessen angestammte Tätigkeit vor allem darin besteht, für meistens illegale Auftraggeber die Computer der Konkurrenz durch den Cyberspace zu infiltrieren. Nachdem er einen Auftraggeber hintergangen hat, wird sein Nervensystem mit Hilfe eines russischen Mykotoxins beschädigt, was es ihm in weiterer Folge unmöglich macht, wieder Verbindung zum Cyberspace aufzunehmen. Dementsprechend plagt Herrn Case die Todessehnsucht und er ist drogensüchtig (womit zumindest der inhaltliche Konnex zum »Sucht«-Magazin astrein hergestellt wurde) und träumt von einer Rückkehr in den Cyberspace. Tatsächlich bietet sich ihm eines Tages die Möglichkeit, durch einen neuen Auftrag sein Nervensystem reparieren zu lassen. Dabei werden auch Manipulationen an seiner Bauchspeicheldrüse durchgeführt, was wiederum zur Folge hat, dass die meisten Drogen wie Amphetamine und Kokain in seinem irdischen Leib

keine Wirkung mehr entfalten können (diese Form der biopsychiatrischen Intervention ist meines Wissens bis zum heutigen Tag eine Utopie geblieben). Am Ende gelingt der Wiedereintritt in den Cyberspace. Antiheld Case lädt sein gesamtes Bewusstsein auf eine Festplatte hoch, um sich mit einer verflochtenen Liebe zu vereinen – ein Kavalier der neuronalen Schule sozusagen. Die therapeutische Wirkung des Cyberspace erscheint zumindest auf literarischem Wege bestätigt bzw. der Ansatz, Sucht als (Ver-)Bindungsstörung zu konzeptualisieren, erfährt erstmals auch Unterstützung aus der virtuellen Welt (vgl. dazu Unterrainer et al., 2017).

Allerdings, die Vorstellung einer/s virtuellen Anderen hat ursprünglich recht wenig mit einem Zustand des erweiterten Bewusstseins im Cyberspace zu tun. So wird in interaktionistischen Subjektivitätstheorien die soziale Genese des Selbst betont – das Selbst entsteht demnach aus der Spiegelerfahrung mit dem anderen. »Das Ich, welches erst am Du zum Ich [wird]« bzw. dessen Autor Martin Buber habe ich zur Illustration schon einmal zu oft bemüht. Deshalb erlaube ich mir, leichtfüßig »Each to each a looking glass – reflects the other that doth pass« von Cooley (1902, 183) einzuwerfen, was in etwa meint, dass jede Person ein Spiegel ist, der das Gegenüber reflektiert. Das Selbstkonzept entwickelt sich demnach infolge der wahrgenommenen Eindrücke und Bewertungen im sozialen Miteinander. In Erweiterung dieses Ansatzes geht der norwegische Soziologe und Entwicklungspsychologe Stein Bråten davon aus, dass bestimmte Aspekte der Vorstellung des anderen schon in einer Form der vorsprachlichen Intersubjektivität in Gestalt eines »virtuellen Anderen« gegeben sein könnten (vgl. dazu Dornes, 2002). Diese Einschätzung entspricht auch der Grundbedeutung von Virtualität, hier handelt es sich nämlich um eine gedachte Entität, die aber in ihrer Funktionalität oder Wirkung vorhanden ist. In diesem Sinne darf unter virtueller Realität (VR) eine (meist vom Computer erschaffene) Darstellung einer künstlichen Welt verstanden werden. Der Effekt der Immersion

beschreibt das Ausmaß, in dem es dem Menschen von der realen Umgebung aus möglich ist, in diese neue Erfahrungswelt einzutauchen (vgl. weiterführend dazu z.B. Dery, 2000).

Wieder zurück im Bereich der Erforschung der klinischen Relevanz des Cyberspace, konnte gezeigt werden, dass die Empathie-Fähigkeit durch Aktivierung bestimmter Netzwerke im Gehirn durch VR-Interventionen signifikant gesteigert wird (de Borst, 2020). Dementsprechend finden sich auch für die Behandlung von Suchterkrankungen eine Reihe von vielversprechenden Ergebnissen, die mittels cybertherapeutischer Methoden erzielt wurden (für einen Überblick vgl. z.B. Maples-Keller et al., 2017). Allerdings verweisen Turner und Casey (2014) auch auf nach wie vor bestehende methodologische Schwächen, obwohl VR-Interventionen im Allgemeinen substantiell hohe Effektstärken zeigen. So oder so, die Effektivität des Einsatzes elektronischer Medien im klinisch-therapeutischen Bereich erscheint in der Zwischenzeit gut abgesichert. Dementsprechend ist mit Sicherheit davon auszugehen, dass die Verbreitung der VR-Therapie im Gleichschritt mit der Fortdauer der COVID-19 Pandemie ansteigen wird ... Vielleicht steckt also doch Bill Gates bzw. Microsoft oder aber

eine heimtückische, machthungrige Entität, die im Cyberspace, möglicherweise sogar im Dark Net haust, hinter der ganzen Misere – wir werden sehen.

Epilog

Soeben verkündet mir mein durch die Monate der Pandemie leidgeprüfter Gesundheitsminister mittels gängigervirtueller Medien den dritten »harten« Lockdown (passende musikalische Untermahlung dazu: »A Man of Constant Sorrow« [»ein Mann von steter Trauer«] – ein traditioneller amerikanischer Folksong, der zuerst von Richard Daniel Burnett, einem blinden Fiedler aus Kentucky, aufgenommen wurde). Im Einklang damit intoniert auf meiner inneren Bühne die Berliner Szene-Band Element of Crime »Die rettende Kavallerie, die kommt heut nicht mehr« ... und dementsprechend schnalle ich den Riemen meines emotionalen Korsetts wieder um ein Loch enger. »Ich hoffe, wir sind nicht in negativen Utopien gefangen«, meinte William Gibson einmal – und die Hoffnung stirbt ja bekanntlich zuletzt.

Literatur

Cooley, C. H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: Scribner's.

de Borst, A. W., Sanchez-Vives, M. V., Slater, M. & de Gelder, B. (2020). First-Person Virtual Embodiment Modulates the Cortical Network that Encodes the Bodily Self and Its Surrounding Space during the Experience of Domestic Violence. *Eneuro*, 7(3).

Dery, M. (1996). *Cyber. Die Kultur der Zukunft*. Berlin: Volk & Welt.

Dornes, M. (2002). Der virtuelle Andere. *Forum der Psychoanalyse*, 18(4), 303–331. Springer-Verlag.

Gibson, W. (1987). *Neuromancer*. München: Aleph [Original erschienen 1984].

Maples-Keller, J. L., Bunnell, B. E., Kim, S. J. & Rothbaum, B. O. (2017). The use of virtual reality technology in the treatment of anxiety and other psychiatric disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(3), 103.

Turner, W. A. & Casey, L. M. (2014). Outcomes associated with virtual reality in psychological interventions: where are we now? *Clinical Psychology Review*, 34(8), 634–644.

Unterrainer, H. F. (2020). Das isolierte Selbst. *Sucht*, 4, 24–25.

Unterrainer, H. F., Hiebler-Ragger, M., Roggen, L. & Kapfhammer, H. P. (2017). Sucht als Bindungsstörung: Ein systematischer Überblick. *Nervenarzt*, published online.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis

→ Seite 11

versucht und wieder aufgegeben. Ähnlich ist es bei der Aufgabe des Rauchens. Verschiedene Apps motivieren Benutzer*innen durch persönliche Gesundheitsaufklärung und zeigen an, wie viel Geld man spart. Kleine digitale Belohnungsmethoden sind manchmal hilfreich. Hunderttausende haben mit Apps erfolgreich das Rauchen reduziert oder aufgegeben. Auch die Apps zur Bekämpfung des exzessiven Alkoholkonsums haben große Erfolge gezeigt. Im Vergleich zu diesen zwei Kategorien ist die Bekämpfung des Drogenmissbrauchs und der Drogenabhängigkeit mit Apps noch weniger entwickelt.

Gesundheitsapps werden von Millionen Menschen genutzt. Betreffend die Gesundheitsapps ist der überwiegende Vorteil der Motivation zum Abnehmen, Laufen und Bewegen bewiesen. Dagegen variieren die Erfolgsberichte der Apps hinsichtlich Nikotin-, Alkohol- und Drogenmissbrauch. Hier kann man wahrscheinlich den Maßstab der Psychotherapie anlegen: Die Erfolgsquote hängt vom Willen des/der Einzelnen

ab und ist nur über längere Zeit mit Geduld und Ausdauer zu erreichen. Diese enttäuschende Erfahrung hat mit mehreren Faktoren zu tun. Durch die oben genannte Skepsis des medizinischen Personals wird der Anreiz reduziert, neue oder bessere Apps zu entwickeln, obwohl sie dringend benötigt werden. Und schließlich muss noch weiter geforscht werden, wie man am besten Personen noch mehr motiviert. Die Vorteile einer App, die man Tag und Nacht, zu Hause und unterwegs benutzen kann, sind gegenüber der begrenzten Hilfe in der Praxis nicht zu übersehen. Viele Expert*innen hoffen, dass der Durchbruch kommt, wenn die Spielmotivation in die Apps erfolgreich eingebaut werden kann (gamification of treatment). Im Idealfall könnte dann auch die Nikotin- und Alkoholbekämpfung Spaß machen. In jedem Fall scheint es sicher, dass partizipative Behandlungsmethoden außerhalb der Praxis in Zukunft eine größere Rolle einnehmen werden. Schließlich kann man behaupten, dass wir alle süchtig sind. Die Palette von

Abhängigkeiten reicht weit über die üblichen Symptome hinaus. Denken Sie an die lange Liste, die mit dem unbewussten Drang nach Süßigkeiten und Schokolade anfängt, dann bis hin zu »Arbeitswut«, ja auch zu Liebe und Sex und weiter zur Sucht nach Anerkennung und Macht geht. Es wird noch eine Weile dauern, bis Apps uns mithilfe von emotionaler Intelligenz helfen zu verstehen, was uns motiviert, ja was uns abhängig macht, und wie wir aus dieser Zwickmühle des Unterbewusstseins herauskommen. mHealth erwartet noch ein langer Weg.

C. Peter Waegemann

war 25 Jahre lang Leiter des Medical Records Institutes in Boston, MA, USA. Er ist weltweit anerkannter Spezialist und Advokat für elektronische Gesundheitsakten. Er ist einer der Gründer der mHealth-Bewegung. Ab 2001 war er stellvertretender Vorsitzender der Mobile Healthcare Association (Washington, DC und Boston), von 2005 bis 2013 war er auch Vorsitzender des Aufsichtsrates der mHealth Initiative. Waegemann lebt jetzt in Berlin.

Die Rolle der Therapeutischen Allianz in der Behandlung von Suchterkrankungen



von Leonie Rübiger

Die Allianz ist eines der wichtigsten und weltweit am häufigsten untersuchten Prozessmerkmale der Psychotherapieforschung, insbesondere in Hinblick auf ihre Bedeutung für den Therapieerfolg.

In Österreich wird seit Jahren versucht, mit verschiedensten Maßnahmen gegen das »Drogenproblem« vorzugehen, da die oft mit Abhängigkeit verbundenen sozialen und gesundheitlichen Probleme für die Betroffenen und die Gesellschaft eine große Belastung darstellen. So werden laufend neue Konzepte zur Suchtprävention und zur Behandlung Abhängiger entwickelt. Nach wie vor gibt es aber in beiden Bereichen großen Handlungsbedarf. Dies unterstreicht auch die Notwendigkeit weiterer Forschungsarbeiten zur Behandlung der Abhängigkeit (Weigl et al., 2013).

Therapieabbruch

Allein im Jahr 2016 befanden sich in Österreich insgesamt um die 24.000 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung (Weigl et al., 2017). Höchst problematisch sind angesichts dessen die hohen Raten an Betreuungsabbrüchen, die in der stationären Drogenhilfe bei ca. 55 Prozent liegen. Im Jahr 2015 beispielsweise beendeten in Österreich nur knapp 38 Prozent der Personen längerfristige stationäre Betreuungssettings nach Plan und die Mehrheit der stationären Betreuungen dauerte dabei nur maximal drei Monate (Busch et al., 2016). Der Behandlungsansatz der Therapeutischen Gemeinschaft ist davon nicht ausgenommen, auch hier ist die Rate an Therapieabbrüchen relativ hoch (vgl. dazu weiterführend De Leon, 1991). Gemeinsam ist den verschiedenen drogenspezifischen Behandlungsrahmen, dass die meisten Therapieabbrüche frühzeitig erfolgen, nämlich mehrheitlich im ersten Behandlungsmonat (Baekeland & Lundwall, 1975; De Leon, 1991).

Therapeutische Allianz

Das Konzept der Therapeutischen Allianz kommt ursprünglich aus der Psychoanalyse und steht dort in enger Beziehung zur Übertragung (Horvath & Luborsky, 1993). Die frühen Ansätze betrachten die Allianz

mehr als ein Bindungskonzept, während Bordin sie später als Arbeitsbeziehung zwischen KlientIn und TherapeutIn konzeptualisiert und ihren kooperativen Charakter unterstreicht (Hentschel, 2005). Bordin zufolge setzt sich die Allianz aus den drei Dimensionen Bond, Goal und Task zusammen, also aus einer affektiven Beziehungskomponente, den gemeinsam festgelegten Therapiezielen und den prozessbezogenen Aufgaben von TherapeutIn und KlientIn (Bordin, 1979).

Mittlerweile ist die Allianz jedoch über verschiedene Psychotherapiemodelle hinweg eines der wichtigsten und weltweit am häufigsten untersuchten Prozessmerkmale der Psychotherapieforschung, insbesondere in Hinblick auf ihre Bedeutung für den Therapieerfolg (Flückiger et al., 2015; Hentschel, 2005). Allein zwischen den Jahren 2000 und 2014 wurden hierzu um die 300 Fachpublikationen pro Jahr veröffentlicht. Neben dem Begriff Therapeutic Alliance werden die Begriffe Working Alliance oder Helping Alliance teilweise synonym, teilweise auf spezifische Aspekte der Allianz bezogen verwendet (Flückiger et al., 2015).

Die zahlreichen empirischen Studien untermauern einen zwar moderaten, aber robusten Zusammenhang ($r = .28$) zwischen der Therapeutischen Allianz und dem Therapieerfolg (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Horvath et al., 2011). Dem entsprechen auch die Ergebnisse der Allianz als konsistenter Prädiktor für Therapieverbleib in der Behandlung von Substanzabhängigkeiten (Meier et al., 2005; Brorson et al., 2013).

Bindung

Während frühe Ansätze zwischen sicherem, ängstlichem und vermeidendem Bindungsstil unterschieden (Hazan & Shaver, 1987), beschreiben neuere Modelle den Bindungsstil auf den Achsen »ängstlich« und »vermeidend«. Eine niedrige Ausprägung auf beiden Achsen entspricht in der Folge dem sicheren Bindungsstil

(Bartholomew & Horowitz, 1991). Personen mit ängstlichem Bindungsstil tendieren dazu, andere als unnahbar und inkonsistent zu erleben und Angst vor Zurückweisung zu haben. Der Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung und Substanzabhängigkeit ist theoretisch gut beschrieben: So darf im Allgemeinen davon ausgegangen werden, dass Bindungserfahrungen in der Kindheit, die keine ausreichende Sicherheit bieten, dazu führen, dass das Kind Angst und andere Affekte nicht oder nur unzureichend mit Hilfe seiner Bindungsfiguren zu regulieren lernt (Fonagy et al., 2007). Später werden die negativen Beziehungserfahrungen internalisiert und es kommt zur Bildung negativer innerer Arbeitsmodelle in Bezug auf das Selbst und andere Menschen, was wiederum eine Senkung der Qualität von Bindungserfahrungen bewirkt (Schindler, 2013). Der Substanzkonsum dient in diesem Zusammenhang als »Selbstmedikation« bzw. »chemische Affektregulation« (Khantzian, 1990). Substanzmissbrauch selbst wirkt sich wiederum negativ auf die Bindungsfähigkeit aus (Schindler, 2013) und es entsteht ein *Circulus vitiosus*.

Eine sichere Bindung hingegen senkt laut metaanalytischen Befunden von Jordan und Sack (2009) das Risiko für Substanzmissbrauch um etwa ein Drittel. Darüber hinaus steht der Bindungsstil auch in Verbindung mit individuellen Unterschieden in der Kooperationsbereitschaft, der Suche nach neuen Erfahrungen und der Abhängigkeit von Belohnung (Chotai et al., 2005; Fuendeling, 1998).

In Hinblick auf Substanzabhängigkeiten und Therapieverbleib sind die Studienergebnisse widersprüchlich. Auf der einen Seite scheint ein ängstlich-präokkupierter Bindungsstil ein Prädiktor für Therapieverbleib zu sein, andererseits steht sichere Bindung wohl in Zusammenhang mit frühem Therapieabbruch in der Therapeutischen Gemeinschaft (Fuchshuber et al., 2018).

Therapiemotivation

Eine fehlende beziehungsweise geringe Therapiemotivation stellt über den gesamten Behandlungsverlauf eines der großen und herausfordernden Probleme in der Behandlung von Substanzabhängigkeiten dar. Dies gilt für die einzelnen Phasen der Therapie ebenso wie für die Aufrechterhaltung von Therapiezielen und die Vermeidung von Rückfällen. Häufig wird eine

Behandlung erst aufgesucht, wenn der körperliche Zustand so gravierend wird, dass externe Hilfe benötigt wird oder der soziale Druck zu groß wird. Vielfach lässt sich auch beobachten, dass das tatsächliche Verhalten im Gegensatz zu einer vermeintlich hohen Motivation steht, welche verbal kommuniziert wird. Sind akute Probleme dann abgeklungen, wird die Therapie oftmals vorzeitig beendet (Wittchen & Hoyer, 2011).

In ihrem transtheoretischen Modell gehen DiClemente und Prochaska (1982) von fünf Stufen der Veränderung menschlichen Verhaltens aus, die jeweils den motivationalen Zustand der Person beschreiben sowie den Kontext der Veränderung (wie interpersonelle Konflikte). Aus den Stufen können Interventionsvorschläge für TherapeutInnen abgeleitet werden. Dieses Modell findet unter anderem im Suchtbereich breite Anerkennung.

Studien zeigen, dass KlientInnen in der Precontemplation-Stufe eher vorzeitig die Therapie abbrechen und KlientInnen in der Action-Stufe eher bereit waren, aktiv Selbstveränderung vorzunehmen (Prochaska et al., 1992). Readiness for Treatment scheint ein signifikanter Prädiktor für den Therapieverbleib zu sein, wichtiger noch als soziodemografische Daten oder Drogenkonsum. Daher sollte der Fokus zukünftiger Studien auch auf die Stufen der Readiness for Change gelegt werden (Joe et al., 1998).

Aktuelle Studienergebnisse

Die aktuelle Studienlage geht von einem positiven Zusammenhang zwischen Therapeutischer Allianz und Verbleib in der Therapie von Substanzabhängigkeiten aus (Meier et al., 2005; Horvath et al., 2011). Auch Brorson et al. (2013) identifizieren im Rahmen eines Systematic Review – neben kognitiven Defiziten, Persönlichkeitsstörungen und jungem Alter – eine niedrige Allianz als wichtigsten Risikofaktor für einen Therapieabbruch. Sie empfehlen daher, eine mögliche Persönlichkeitsstörung zu erheben und die Therapeutische Allianz regelmäßig zu untersuchen. Andere Untersuchungen untermauern den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstörungen und frühem Therapieabbruch in der Therapeutischen Gemeinschaft (Samuel et al., 2011).

Auch der Bindungsstil scheint in diesem Zusammenhang relevant, da sicher gebundene Personen stärkere

Allianzwerte aufweisen als unsicher gebundene (Smith et al., 2010; Diener & Monroe, 2011; Bernecker et al., 2014). Des Weiteren haben Studien gezeigt, dass Motivation in Form der Readiness for Change die Bildung der Allianz beeinflussen kann (Henry & Strupp, 1994; Prochaska & Norcross, 2001; Prochaska & DiClemente, 2005).

Insgesamt scheinen insbesondere zu Beginn der Behandlung höhere Allianzwerte Prädiktoren für ein positives Outcome zu sein, und je später die Allianz in der Therapie gemessen wird, desto stärker korreliert sie letztendlich mit erfolgreicher Therapie (Horvath & Symonds, 1991; Horvath et al., 2011; Flückiger et al., 2015). Der Verlauf der Allianz über die Therapie hinweg scheint indes noch nicht so eindeutig. Es konnten uneinheitliche Längsschnittverläufe der Allianzentwicklung beobachtet werden (Flückiger et al., 2015). Nach Horvath und Symonds (1991) fluktuiert die Allianz systematisch innerhalb individueller Behandlungsphasen, und es wird davon ausgegangen, dass die Allianz zu verschiedenen Zeitpunkten beschädigt wird (Horvath & Luborsky, 1993).

Ein möglicher Einfluss einzelner Institutionen auf den Aufbau und die Aufrechterhaltung der Allianz ist derweil noch kaum erforscht (Flückiger et al., 2015). In einer Pilotstudie untersuchten Janeiro et al. (2018) die Entwicklung der drei Allianzdimensionen Bond, Task und Goal in Hinblick auf Therapieabbruch bei Substanzabhängigen in einer Therapeutischen Gemeinschaft in Portugal. Innerhalb einer Behandlungsphase schätzten die KlientInnen die Allianz zu ihrer Therapeutin/ihrem Therapeuten wöchentlich ein, so lange, bis sie die Behandlungsphase abgeschlossen hatten oder ein Therapieabbruch erfolgte. KlientInnen mit höheren stabilen Bond-Werten verblieben eher in der Therapie, während KlientInnen mit niedrigeren stabilen Bond-Werten eher die Therapie abbrechen. Die Goals- und Tasks-Dimensionen stiegen im Verlauf der Therapie signifikant an, waren jedoch kein Prädiktor für Therapieabbruch.

Literatur kann bei der Redaktion angefragt werden.

Leonie Rübiger, B.Sc. (Psychologie)

Masterandin an der Universität Graz in Kooperation mit dem Zentrum für Integrative Suchtforschung (CIAR) im Verein »Grüner Kreis«
Masterarbeit zum Thema: »Die Rolle der Therapeutischen Allianz bei SuchtpatientInnen«

Elektronische Medien: Hindernis oder Hilfsmittel im stationären Behandlungskonzept?



von Manuela Kerecz

Um KlientInnen bestmöglich auf ein stabiles Leben nach der stationären Therapie vorzubereiten, ist es natürlich auch notwendig, sie medienkompetenter zu machen, um sie so vor den negativen Auswirkungen wie unkontrollierter Nutzung und unkritischem Umgang zu schützen.

Elektronische Medien haben in unserem Leben einen festen Platz eingenommen und die Art und Weise der Kommunikation verändert. Sie ermöglichen uns nicht nur, mit all unseren FreundInnen und Bekannten in Kontakt zu bleiben, wir nutzen sie auch, um Treffen zu organisieren oder Neuigkeiten über uns mitzuteilen. Speziell 2020 hat die Nutzung elektronischer Medien eine noch wichtigere Rolle bekommen, da sie aufgrund der Covid-19-Maßnahmen eine tragende Kommunikationsmöglichkeit wurde.

Aber welche Auswirkungen hat diese Entwicklung auf den Alltag und die Unterstützungsangebote im Behandlungskonzept der *Therapeutischen Gemeinschaft*?

In der *Therapeutischen Gemeinschaft* soll es die Möglichkeit geben, eigene Bedürfnisse zu erkennen und anzusprechen, soziale Kompetenzen zu erweitern und von den Kompetenzen des anderen zu profitieren, insbesondere natürlich in Bezug auf den Umgang mit der Sucht. Beziehungen wiederaufzubauen und zuzulassen, um von ihnen suchtherapeutisch zu lernen und persönlich an ihnen wachsen zu können, sind zentrale Elemente des stationären Behandlungskonzepts. Es zeigt sich, dass die Auswirkungen auf die *Therapeutische Gemeinschaft* sehr wohl von Vorteil, aber auch von Nachteil sein können, wenn ein Zugriff auf elektronische Medien und alle damit verbundenen Möglichkeiten von Beginn der stationären Therapie an vorhanden ist.

Es ist immer wieder zu beobachten, dass es gerade in den ersten Wochen der Therapie immer wieder zu erheblichen Suchtverlangen, Abbruchgedanken oder Therapieabbrüchen kommt, wenn über soziale Medien an vergangenen Szenekontakten festgehalten wird bzw. diese Kontakte Abbruch- bzw. Konsumverlangen animieren. Auch telefonischer Kontakt mit der vertrauten Suchtszene hinterlässt Spuren. KlientInnen berichten, dass ein Neustart nur schwer gelingt, wenn sie ihre Vergangenheit praktisch täglich einholt. Elektronische Medien laden ein, sich ins Zimmer und in altbekannte Inhalte zurückzuziehen. Es gelingt sehr leicht, sich die Langeweile zu

vertreiben und, wie unsere KlientInnen sagen würden, »sich abzudrehen«. Damit meinen sie, dass sie ihre Gefühle nicht spüren und sie sich ihnen somit nicht stellen müssen und in eine virtuelle Illusion flüchten können. Vielen unserer KlientInnen wird erst dann bewusst, wie wenig es ihnen gelingt, sich mit sich selbst zu beschäftigen oder aktiv ihre Freizeit zu gestalten, wenn sie von der therapeutischen Gruppe auf ihr Verhalten hingewiesen werden. Manche KlientInnen berichten, dass es nur schwer auszuhalten ist, nicht sofort auf das Handy zu schauen, aus Angst etwas zu versäumen. Die greifbare Realität, welche im Prozess der Suchtbehandlung oftmals überfordernd erlebt wird, wird gegen eine virtuelle Realität getauscht.

Von KlientInnen zu verlangen, das Handy oder den Laptop gar nicht mehr zu verwenden, wäre natürlich kontraproduktiv. Es geht vielmehr um die Problemerkennung und das Erlernen eines kontrollierten, konstruktiven Umgangs mit elektronischen Medien. Das Entwickeln und Üben von Bewältigungsstrategien und das Erarbeiten eines Zeitmanagements spielen da eine wichtige Rolle. Die *Therapeutische Gemeinschaft* ermöglicht es auch, neue Hobbys und Interessen zu entwickeln, Talente und Stärken zu erkennen und eine stützende Gemeinschaft zu erleben.

Der unterstützende Kontakt mit der Familie und FreundInnen, gerade am Anfang der Therapie, kann diesbezüglich natürlich auch ein Vorteil sein. KlientInnen, welche sich unsicher sind, ob sie die Therapie nicht doch abbrechen sollten, werden ermutigt und daran erinnert, warum sie diese machen wollten, und zum Weitermachen animiert. Gerade in der Corona-Krise zeigte sich, wie wichtig die sozialen Medien, Videotelefonie und alle weiteren Kommunikationswege waren, um Kontakte aufrechtzuerhalten, da persönlicher Kontakt nur sehr eingeschränkt möglich war. Gerade die Beziehung zu nahen Angehörigen, vor allem zu EhepartnerInnen und Kindern, konnte so aufgebaut, gepflegt und aufrechterhalten werden, was auch auf den Umgang mit der Sucht und die Motivation zur Therapie positiven Einfluss nehmen kann.

Die therapeutischen Wohngruppen nutzen elektronische Medien auch als Kommunikationsmittel innerhalb der *Therapeutischen Gemeinschaft*. Einerseits kann dies sehr hilfreich genutzt werden, beispielsweise in der Unterstützung bei Ausgängen oder auch in der Koordination von organisatorischen oder freizeitbezogenen Aufgaben. Es führt aber auch dazu, dass weniger im direkten Kontakt geklärt wird. So zeigt sich auch in der *Therapeutischen Gemeinschaft* ein Abbild der Gesellschaft, in welcher diese indirekte, oftmals anonymisierte Kommunikation durchaus zu Konfliktsituationen und Ausgrenzungen führen kann. Die intensive therapeutische Auseinandersetzung mit diesen Aspekten führt jedoch bestenfalls auch dazu, dass KlientInnen aufgezeigt wird, wie wichtig Konfliktlösung im direkten Kontakt ist. Das Hinterfragen der eigenen Strategien zur Konfliktlösung und des Kommunikationsverhaltens sind nicht nur deshalb, sondern natürlich gerade im Sinne der Suchtbearbeitung, grundlegende Themen in der *Therapeutischen Gemeinschaft*.

Die Möglichkeiten der Selbstdarstellung bzw. Selbstwahrnehmung im Rahmen der Nutzung elektronischer Medien beschäftigen auch stationär aufhältige KlientInnen. Soziale Medien bieten vielseitige Möglichkeiten, ein Bild von sich selbst zu kreieren und Einblicke ins eigene Leben zu geben, wobei

natürlich meist darauf geachtet wird, sich möglichst »gut« dazustellen. Dies kann zu verzerrten Selbstwahrnehmungen bei sich oder dem Gegenüber führen. Die Angst, sich »falsch« zu präsentieren bzw. zu verhalten, ist erhöht und zeigt sich dann oftmals auch im therapeutischen Miteinander in der Gemeinschaft. Das gegenseitige Kennenlernen kann sich so leider schnell auf Inhalte der sozialen Medien reduzieren, was dazu führen kann, dass weniger aktiv auf das Gegenüber zugegangen wird, was wiederum den therapeutischen Beziehungsaufbau erschweren kann.

Elektronische Medien werden in der *Therapeutischen Gemeinschaft* im Sinne der beübten Wiederaufnahmen von Eigenverantwortung ebenso konstruktiv genutzt. Es können klärende Telefonate mit Ämtern selbstständig durchgeführt oder auch nützliche Informationen für den Therapiealltag eingeholt werden. Auch in der Phase der Zukunftsplanung sind diese Medien in Bezug auf Wohnungs- und Arbeitssuche eine große Hilfe. Auch für weitere Ausbildungsschritte sowie für Freizeitgestaltungsideen gibt es viele Anregungen.

Mit Hilfe des Internets lassen sich weitere Schritte im Umgang mit der Suchterkrankung leichter planen, ob das der Kontakt zur Drogenambulanz ist oder das Finden einer Selbsthilfegruppe oder anderer Hilfsangebote.

Zusammenfassend denke ich, dass es wichtig ist, in der *Therapeutischen Gemeinschaft* achtsam mit den Möglichkeiten der neuen Medien umzugehen und sowohl die Vorteile als auch die Nachteile anzusprechen und zu hinterfragen. Eine ausreichende Medienkompetenz dient zur Bildung, zum Austausch mit Menschen und zum Abruf von Informationen. Um KlientInnen bestmöglich auf ein stabiles Leben nach der stationären Therapie vorzubereiten, ist es natürlich auch notwendig, sie medienkompetenter zu machen, um sie so vor den negativen Auswirkungen wie unkontrollierter Nutzung und unkritischem Umgang zu schützen.

Die Erfahrungswerte des Konzepts der *Therapeutischen Gemeinschaft* zeigen, dass ein persönliches, stützendes Kontakt- bzw. Beziehungsangebot in Rahmen der therapeutischen Suchtbehandlung nicht ersetzbar ist – die Nutzung der elektronischen Medien kann bestenfalls zur Überbrückung, wie zur Zeit der Corona-Krise, dienen.

Manuela Kerecz

Transaktionsanalytische Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision seit 2018 beim »Grünen Kreis«, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen in Johnsdorf
Davor Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, Schwerpunkt Langzeitpflege



Neu verwendete Technologien in der ambulanten Behandlung und Betreuung im Verein »Grüner Kreis«



von Mirjam Ohr

In zahlreichen wissenschaftlichen Studien wird davon ausgegangen, dass die COVID-19-Pandemie massive Auswirkungen auf die psychische Gesundheit von Menschen hat. Dies wird besonders in der ambulanten Behandlung und Betreuung von suchtkranken Menschen deutlich

Je länger die Situation rund um COVID-19 andauert und die Menschen psychischen Belastungen ausgesetzt sind, desto eher sind sogenannte Selbstheilungsprozesse gehemmt, was Rückfälle mit legalen und illegalen Substanzen fördern kann. Um auf diese angespannte Situation zu reagieren und unseren KlientInnen die bestmögliche Unterstützung bieten zu können, stellten unsere ambulanten Beratungs- und Betreuungszentren rasch nach Ausruf des ersten Lockdowns im März 2020 alle Behandlungen wie Psychiatrie, Allgemeinmedizin, Soziale Arbeit, Psychotherapie und Klinische Psychologie auf Videotelefonie um (vgl. DHFS, Nüsslein 2020).

Die neu verwendeten Technologien wie Telefonie, Telefon-Software und Kommunikations-Apps erleichtern die Beratung und Betreuung der KlientInnen, dennoch muss betont werden, dass die »Tele«-Beratung nicht die direkte Beratung bzw. Betreuung ersetzen kann. Denn die persönlichen Kontakte sind in allen Behandlungen essenziell für den Beziehungsaufbau. Dennoch kann die Beratung bzw. Betreuung mittels Telefonie als Ergänzung zum ambulanten Behandlungskonzept betrachtet werden, um so die bio-psycho-sozialen Bedürfnisse der KlientInnen zu erkennen und neue Unterstützungsmöglichkeiten zu entwickeln. Die neu verwendeten Technologien ermöglichen beispielsweise zeitliche und örtliche Flexibilität, was für eine kontinuierliche Behandlung wichtig ist. Auch ermöglicht die virtuelle Betreuung in Bezug auf Kriseninterventionen, dass diese nun am »Ort des Gesehenen« stattfinden können bzw. so auch abgefangen werden können (vgl. Engelhardt & Wenzel 2020; Reindl & Engelhardt 2020).

Aktuell finden unter Einhaltung aller COVID-19-Sicherheitsvorschriften wieder persönliche Termine in unseren ambulanten Beratungs- und

Betreuungszentren statt. Es zeigt sich nun, dass besonders die Kombination von Face-to-Face-Terminen und virtuellen Kontakten gut in den ambulanten Beratungsalltag integriert wurde und einen enormen Mehrwert für den ambulanten Behandlungsverlauf schafft.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020): Suchtabhängige in der Corona-Krise zusätzlich gefährdet: Therapieabbruch, Verelendung, tödliche Infektionsrisiken. Online unter: <https://www.psychologie-aktuell.com/news/aktuelle-news-psychologie/news-lesen/suchtabhaengige-in-der-corona-krise-zusaetzlich-gefaehrdet-therapieabbruch-verelendung-toedliche-inf.html>, letzter Zugriff am 13.01.2021.

Engelhardt, Emily (2014): Online-Supervision – neue Perspektiven für die Praxis. KONTEXT – Zeitschrift für Systemische Therapie und Familientherapie, 45 (2), S. 172–185. Online unter: <https://www.dgsf.org/service/wissensportal/online-supervision-neue-perspektiven-fuer-die-praxis-2014>, letzter Zugriff am 13.01.2021.

Engelhardt, Emily; Wenzel, Joachim (2020): Onlineberatung in Zeiten der Coronakrise. Eine Handreichung der DGSF-Fachgruppe Onlineberatung und Medien. Online unter: <https://www.dgsf.org/ueber-uns/gruppen/fachgruppen/onlineberatung/onlineberatung-in-zeiten-der-coronakrise>, letzter Zugriff am 13.01.2021.

Nüsslein, Ann-Marie (2020): Corona-Krise: COVID-19-Pandemie, Psyche und Sucht. Online unter: <https://www.medmix.at/corona-covid-19-pandemie-psyche-sucht/?cn-reloaded=1>, letzter Zugriff am 13.01.2021.

Reindl, Richard; Engelhardt, Emily (2020): Handlungsempfehlungen zur kurzfristigen Umsetzung von Onlineberatung in Zeiten der Coronakrise. Online unter: https://www.e-beratungsinstitut.de/wordpress/wp-content/uploads/2020/03/IEB_1012_INFO_Onlineberatung_Corona_public.pdf (pdf 163 KB), letzter Zugriff am 13.01.2021.

Mag.^a Mirjam Ohr, MA

Sozialarbeiterin und Sozialwissenschaftlerin
Leiterin Beratungs- und Betreuungsteam im Verein
Grüner Kreis

Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

So wie in jedem Jahr fand auch im Jahr 2019 der Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) statt, und zwar vom 27.11. bis 30.11.2019 in Berlin. Diese Zusammenkunft darf als größte ihrer Art im deutschsprachigen Raum gelten, und auch der Titel des aktuellen Programms ließ die Erwartungen ansteigen: »Innovative Forschung für eine personenzentrierte Psychiatrie und Psychotherapie« hatte man sich diesmal auf die Fahnen geheftet. Im Sinne einer »Precision Psychiatry« (Präzise Psychiatrie) soll dabei in verstärkter Weise auf die individuellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten eingegangen werden (vgl. dazu Fernandes et al., 2017). Die Veranstaltung brach vom Umfang her wieder einmal alle Rekorde. Bei 9.000 erwarteten TeilnehmerInnen hatten sich 2.000 RednerInnen für 650 Einzelveranstaltungen, 38 State-of-the-Art-Symposien und 80 Workshops angekündigt.

Thematisch wurde wie immer versucht, das gesamte Feld der Psychiatrie und Psychotherapie abzudecken. So konnten einzelne, allen psychiatrischen Störungsbildern spezifische Topics zugeteilt werden. Allerdings erfuhren auch Randthemen der Psychiatrie wie zum Beispiel Ethik, Philosophie und Spiritualität oder auch Literatur, Musik und Film ausreichend Berücksichtigung. Traditionellerweise finden auch immer wieder zahlreiche Veranstaltungen zum Thema Suchterkrankungen statt, wobei die gesamte Bandbreite der Auseinandersetzung mit dem Thema Abhängigkeit (Prävalenz, medikamentöse Behandlung, Psychotherapie ...) abgedeckt wird. Wie schon in den letzten Jahren gab es auch hier wieder einen Schwerpunkt hinsichtlich des Einsatzes von bildgebenden Verfahren (funktionelle Magnetresonanztomographie) im Umgang mit Suchterkrankungen.

Wie schon vor zwei Jahren war es uns gelungen, ein gemeinsames Symposium mit der Gruppe der Anonymen Alkoholiker zusammenzustellen. Hier gebührt mein besonderer Dank Herrn Jürgen Hoss, dem (ehrenamtlich fungierenden) 1. Vorsitzenden der Anonymen Alkoholiker Interessengemeinschaft e.V. in Deutschland, mit dem es zum

wiederholten Mal gelungen ist, erfolgreich zu kooperieren. War es im Jahr 2017 das Thema »Spiritualität« bzw. deren Rolle in der Suchttherapie, welches wir gemeinsam bearbeiteten, so wurde dieses Mal die Bedeutung der »Gemeinschaft« für die Suchtbehandlung thematisiert. Der Verein Grüner Kreis wurde ja ursprünglich auf den Konzepten der *Therapeutischen Gemeinschaft* basierend im Jahr 1983 gegründet. Die *Therapeutische Gemeinschaft* versteht sich dabei als Alternative zur »klassischen« psychiatrischen Klinik. Dementsprechend »lebt« jeder suchtkranke Mensch in der *Therapeutischen Gemeinschaft* und wird nicht wie im Krankenhaus »behandelt«. Der Status PatientIn rückt dabei in den Hintergrund (DeLeon & Unterrainer, 2020).

Die Gruppe der Anonymen Alkoholiker (AA) und die *Therapeutische Gemeinschaft* weisen ähnliche Wurzeln auf – beide reichen zurück bis ins 19. Jahrhundert, wo sich erste sozialpsychiatrische Ansätze finden lassen, welche die Bedeutung der Gemeinschaft in der Behandlung von psychisch kranken Menschen berücksichtigten. Auch die AA dürfen wie die *Therapeutische Gemeinschaft* als weltweite Bewegung gelten, wobei die AA vor allem in Form von Selbsthilfegruppen tätig sind. Allerdings finden sich auf internationaler Ebene auch immer wieder Projekte für die stationäre Behandlung von Suchtkranken, die auf den Konzepten der AA basieren. Beide, die AA und die *Therapeutische Gemeinschaft*, verweisen auf die Wichtigkeit der Gemeinschaft bzw. auch auf den therapeutischen Effekt der Gruppe (Unterrainer, 2016).

Charakteristisch für das 12-Schritte-Programm der AA ist allerdings die Berücksichtigung einer spirituellen Dimension bzw. die Beziehung zu einer höheren Macht als zentralem Wirkfaktor im therapeutischen Umgang mit einer Suchterkrankung. Hier ergibt sich ein deutlicher Unterschied zu den *Therapeutischen Gemeinschaften*, welche nicht die spirituelle Dimension (oder das »spirituelle Erwachen«) wie bei den AA als zentralen Bestandteil für den Weg aus der Suchterkrankung erachten, sondern die Erhöhung der Selbstwirksamkeit durch die Vermittlung von Eigenverantwortung.

Basierend auf der humanistischen Grundhaltung der *Therapeutischen Gemeinschaft* wird jede Form der religiös-spirituellen Einstellung toleriert – allerdings wird die spirituelle Dimension nicht in grundlegenden therapeutischen Konzepten der *Therapeutischen Gemeinschaft* berücksichtigt (Kaskutas, 2009; Unterrainer, 2018).

In unserem gemeinsamen Symposium waren nun neben einem einführenden Vortrag von Jürgen Hoss und einem Beitrag von mir zur Bedeutung von Bindung und Beziehung in der Suchtbehandlung auch zwei langjährige Mitglieder der AA (also »trockene Alkoholiker«) beteiligt. Diese schilderten ihren Weg aus dem Alkoholismus, der schon seit vielen Jahren erfolgreich ist, aber gleichzeitig noch immer andauert. Die Gemeinschaft in der Gruppe bietet dabei immer einen sehr wichtigen Rückhalt – die wöchentlichen Meetings und der Zusammenhalt der Mitglieder der AA sind von existenzieller Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Abstinenz. Für mich bot mein Vortrag auch eine gute Gelegenheit, die Ergebnisse aus unserem Forschungsprojekt zur Rolle von Bindungs- und Persönlichkeitsorganisation bzw. deren Veränderung im Rahmen des Aufenthalts in der *Therapeutischen Gemeinschaft* vorzustellen (Unterrainer et al., 2017). Insgesamt wurde unserem Symposium ein sehr großes Publikumsinteresse zuteil, was sich auch an der abschließenden angeregten Diskussion zeigte.

Der DGPPN-Kongress hat wie immer gehalten, was er versprochen hat: ein immenses Angebot an Vorträgen – viel Altbewährtes und ein paar interessante Neuerungen. Des Weiteren bieten solche Veranstaltungen immer die Möglichkeit, alte Bekannte wiederzusehen bzw. neue Kontakte zu knüpfen. Ich habe im Sinne von Hildegard Knef auch dieses Mal einen Koffer in Berlin zurückgelassen und hoffe, dass ich diesen sehr bald wieder abholen kann.

PD Dr. Human-Friedrich Unterrainer

Privatdozent an der Karl-Franzens-Universität bzw. Medizinischen Universität Graz;
Lektor an der Universität Wien;
Leitung des Center for Integrative Addiction Research (CIAR) im Verein Grüner Kreis



Genießen mit Gewissen

Fleisch von Rindern und Schweinen aus den Landwirtschaftsbetrieben des Vereins Grüner Kreis
Ganzjährige Freilandhaltung www.nahgenuss.at beste Bio-Qualität

Beratung & Hilfe

Beratungs- & Betreuungsteam

Leitung: Mag.^a Mirjam Ohr

Wien

Mag.^a Mirjam Ohr MA (W)
Tel.: +43 (0)664 8111021
mail: mirjam.ohr@gruenerkreis.at
Walter Clementi (W, WU, NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 3840827
mail: walter.clementi@gruenerkreis.at
Alexandra Schönegger, BA
Tel.: +43 (0)664 8111018
alexandra.schoenegger@gruenerkreis.at
Katharina Knöbl, MA
Tel.: +43 (0)664 1809709
mail: katharina.knoebl@gruenerkreis.at

Niederösterreich, Burgenland

Marianne Weigl, DSA (Most-, Wald- und Weinviertel)
Tel.: +43 (0)664 2305312
mail: marianne.weigl@gruenerkreis.at
Gabriele Stumpf (NÖ, B)
Tel.: +43 (0)664 8111676
gabrielle.stumpf@gruenerkreis.at
Harald Berger (Justizanstalten Krems und St. Pölten)
Tel.: +43 (0)664 8111671
mail: harald.berger@gruenerkreis.at

Oberösterreich

Elisabeth Schnitzer, BA
Tel.: +43 (0) 664 811 1024
elisabeth.schnitzer@gruenerkreis.at
Elisabeth Möseneder
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: elisabeth.moeseneder@gruenerkreis.at

Steiermark

Benedikt Huber, MA
Tel.: +43 (0)664 8111041
benedikt.huber@gruenerkreis.at

Sarah Maria Koberg, MA
Tel.: +43 (0)664 8111023
sarah.koberg@gruenerkreis.at

Kärnten, Osttirol

Thomas Liegl, BA
Tel.: +43 (0)664 384 0280
thomas.liegl@gruenerkreis.at

Salzburg

Elisabeth Möseneder
Tel.: +43 (0) 664 811 1007
mail: elisabeth.moeseneder@gruenerkreis.at

Tirol, Vorarlberg

Susanne Fessler-Rojkowski, DSA
Tel.: +43 (0)664 8111675
susanne.fessler@gruenerkreis.at

Ambulante Beratungs- & Betreuungszentren Wien

1110 Wien, Simmeringer Hauptstraße 101-103
Tel.: +43 (0)1 5269489
Fax: +43 (0)1 5269489-40
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

1030 Wien, Radetzkystraße 31/Top 8+11
Tel.: +43 (0)1 710 74 44
Fax: +43 (0)1 710 74 44-22
mail: ambulanz.wien@gruenerkreis.at

Wiener Neustadt

2700 Wiener Neustadt, Grazer Straße 53/14
Tel.: +43 (0)664 8111676 | Fax: +43 (0)2622 61721
ambulanz.wienerneustadt@gruenerkreis.at

Graz

8020 Graz, Sterngasse 12
Tel.: +43 (0)316 760196 | Fax: +43 (0)316 760196-40
mail: ambulanz.graz@gruenerkreis.at

Klagenfurt

9020 Klagenfurt, Feldmarschall Konrad-Platz 3
Tel.: +43 (0)463 590126 | Fax: +43 (0)463 590127
mail: ambulanz.klagenfurt@gruenerkreis.at

Linz

4020 Linz, Sandgasse 11
Tel.: +43 (0)664 8111024 | Fax: +43 (0)732 650275-40
mail: ambulanz.linz@gruenerkreis.at

Retouren an Postfach 555, 1008 Wien

Grüner Kreis, Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Menschen | www.gruenerkreis.at