LWL-KOORDINATIONSSTELLE *Sucht*

Prävention - Beratung - Behandlung
in Zukunft alles ONLINE?

Fachtagung

9. Dezember 2008
Münster

Forum Sucht
Band 41
ISSN 0942-2382

LWL
Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung sind vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Landschaftsverband Westfalen-Lippe reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Medien verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

© Landschaftsverband Westfalen-Lippe
LWL-Koordinationsstelle Sucht
Warendorfer Straße 27, 48133 Münster
www.lwl-ks.de

Redaktion: Doris Sarrazin
Bearbeitung: Sandy Doll
Layout/Druck: Druckerei Burlage, Münster

1. Auflage: 1.500

ISSN 0942-2382

Münster, 2009

QUALITÄT SICHERN - HILFEN VERNETZEN

Die **LWL-Koordinationsstelle Sucht (LWL-KS)** des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe (LWL) begegnet dem wachsenden Suchtmittel- und Drogenmissbrauch und der großen Zahl von Abhängigkeitserkrankungen durch Information, Beratung, Qualifizierung und richtungsweisende, präventive Modellprojekte. Ihren Service nutzen vor allem die rund 900 Einrichtungen und Initiativen der Suchthilfe in Westfalen-Lippe.

Die LWL-KS ist als **Beraterin und Koordinatorin** der Suchthilfe zentrale Ansprechpartnerin für Kommunen, Facheinrichtungen, LWL-Kliniken, Elternkreise oder Gremien – insbesondere auf regionaler aber auch auf Bundes- und Europaebene. Die LWL-KS schult die Fachkräfte, erstellt praxistaugliche Arbeitshilfen, informiert über Forschungsergebnisse, aktuelle Gesetzgebung und über die Kommunale Suchthilfeplanung.

Die LWL-Koordinationsstelle Sucht qualifizierte seit ihrer Gründung 1982 mehr als 14.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Suchthilfeeinrichtungen und -initiativen in **Fort- und Weiterbildungen**. Dazu gehören Workshops und Fachtagungen sowie die berufsbegleitende Vermittlung von Fachwissen: Die LWL-KS bildet Beschäftigte in der Suchthilfe unter anderem zu Suchtberatern oder Sozial-/Suchttherapeuten aus.

Die von der LWL-KS konzipierten und erprobten **Modellprojekte** sind ein Motor für die Weiterentwicklung der Suchthilfe und Prävention – nicht nur in Westfalen-Lippe. Die Projekte bringen fortschrittliche Impulse in Prävention, Beratung und Behandlung

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe ist neben den Gemeinden, Städten und Kreisen Teil der kommunalen Selbstverwaltung in Westfalen-Lippe. Er übernimmt für seine Mitglieder, die 18 Kreise und neun kreisfreien Städte in Westfalen-Lippe, ausschließlich Aufgaben, die überregional fachlich wie auch finanziell effektiver und effizienter erledigt werden können. Schwerpunktmäßig liegen diese Aufgaben in den Bereichen **Soziales, Gesundheit, Jugend und Kultur**.

Der LWL wird durch ein Parlament mit 105 Mitgliedern aus den Kommunen kontrolliert.

KOORDINATIONSSTELLE
Sucht Fragen Sie uns doch einfach.

Prävention – Beratung – Behandlung

in Zukunft alles ONLINE?

Inhalt

Seite

Vorwort 3

Möglichkeiten und Grenzen internetbasierter Beratung und Psychotherapie
Christiane Eichenberg, Köln 5

Internetbasierte Suchtprävention: Programme, Ergebnisse und Perspektiven
Peter Tossmann, Berlin 17

Onlineberatung im Suchtbereich Ein Erfahrungsbericht aus der Schweiz
Sabine Dobler, Lausanne, CH 27

E-Therapie der Sucht in den Niederlanden Erste Erfahrungen mit Selbsthilfe für Problemtrinkende über das Internet
Udo Nabitz, Roel Kerssemakers, Matthijs Blankers, Mark Schramade, Gerhard Schippers, Amsterdam, NL 31

Können internetbasierte Prävention und Therapie zur Regelleistung der Krankenkassen werden?
Judith Ihle, Berlin..... 45

Verzeichnis der Autoren..... 53

Vorwort

Das Internet als Informations- und Kommunikationsmedium ist aus dem beruflichen und persönlichen Alltag nicht mehr wegzudenken. Insbesondere Jugendliche und junge Erwachsene organisieren auch persönliche Kontakte online. Die Anzahl und das Alter der Internetnutzenden haben sich inzwischen deutlich nach oben entwickelt und breite Bevölkerungsgruppen werden erreicht. So ist es nicht verwunderlich, dass Angebote der internetbasierten Information und Intervention auch zu Suchtthemen und im psychotherapeutischen Bereich immer umfangreicher werden.

Wo liegen die neuen Möglichkeiten aber auch die Grenzen der Informationstechnologie? Werden webbasierte Informationen, Onlinetests, E-Therapien, Chats und Foren etc. in Zukunft die traditionellen, gut erforschten und durch persönliche Kontakte geprägten Maßnahmen ablösen? Diesen und weiteren Fragen wurde auf der 26. Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht am 9. Dezember 2008 im LWL-Landesmuseum für Kunst- und Kulturgeschichte nachgegangen.

Die Referentinnen und Referenten aus dem In- und Ausland haben ihre Fachvorträge zur Veröffentlichung bereitgestellt. In diesem Band erhalten sie einen Überblick über die aktuelle Forschung, die neuesten Entwicklungen, auch im rechtlichen Sektor, und Lernen interessante webbasierte Projekte kennen.

Zur Einführung in die Thematik gibt der Bericht von Christiane Eichenberg einen Überblick über den aktuellen Stand internetbasierter Beratungs- und Psychotherapieangebote. Anschließend werden die Bereiche Suchtprävention, -beratung und -behandlung genauer beleuchtet. Peter Tossmann, der viele der präventiven Internetprogramme in Deutschland evaluiert hat, stellt in seinem Artikel die Ergebnisse seiner Studien vor.

Da im benachbarten Ausland teilweise schon länger Erfahrungen insbesondere zur internetbasierten Beratung und Therapie vorliegen, geben die Artikel von Sabine Dobler aus der Schweiz und von Udo Nabitz und seinen Kollegen aus den Niederlanden, einen interessanten Überblick über den aktuellen Stand in diesen Ländern. In den Artikeln werden die vorhandenen Programme vorgestellt und es werden die Erfahrungen und Ergebnisse anschaulich präsentiert. Die Autor/innen geben eine persönliche Einschätzung der zukünftigen Möglichkeiten, zeigen aber auch die Grenzen internetbasierter Hilfen auf.

Die bisherigen Erfahrungen mit internetbasierten Hilfen weisen darauf hin, dass hier zumindest eine gute Ergänzung zu vorhandenen Angeboten gesehen werden muss, die Anonymität sichert, leicht zugänglich ist und eine andere Usergruppe erreicht.

Wie bei jeder Regelversorgung stellt sich aber auch hier die Frage der Finanzierung. Die Rechtsanwältin Judith Ihle (Mitarbeiterin des neu gegründeten Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen GKV) berichtet in ihrem Artikel über die Zukunftschancen und Möglichkeiten einer Finanzierung internetbasierter Prävention und Behandlung.

Wir würden uns freuen, wenn Ihnen die Lektüre eine Einschätzung ermöglicht, wie und in welchen Bereichen Sie das Angebot Ihrer Einrichtung durch den Einsatz moderner Kommunikationsmedien sinnvoll ergänzen können.

Hans Meyer
Landesrat

Möglichkeiten und Grenzen internetbasierter Beratung und Psychotherapie

Christiane Eichenberg

Einleitung

Die allerersten Anfänge professioneller Online-Intervention wurden in den USA vorgenommen: Der erste bekannte psychologische Hilfsdienst war „Ask Uncle Ezra“, der seit 1986 psychologische Beratung für Studentinnen und Studenten der Cornell Universität in Ithaka, NY anbietet und noch heute online ist. Ivan Goldberg begann 1993 via Internet Fragen zur Depression zu beantworten und auf seiner Webseite „Depression Central“ diese online zu dokumentieren. Zwei Jahre später begann die Phase kommerzieller Beratung und Therapie. Experimentiert wurde mit verschiedenen Settings von verschlüsselter E-Mail bis zu Chat und Videokonferenzen. Seitdem dauert der Diskurs um die Unterscheidung zwischen Online-Beratung und Online-Therapie und der Abgrenzung zur „regulären“ Psychotherapie an. Weitgehend konsensuell ist, dass jegliche therapeutische Internetkommunikation weder als Psychotherapie bezeichnet werden kann noch das traditionelle Setting ersetzen kann oder will (Döring 2000; Lang 2002; Laszig & Eichenberg 2003).

1 Anwendungsgebiete

Psychologische Interventionsangebote im Internet lassen sich hinsichtlich verschiedener Dimensionen unterscheiden, z.B. hinsichtlich

- der Ausbildung der Helfenden (Seelsorgende, Pädagog/innen, Sozialarbeiter/innen, Ärzt/innen, Psycholog/innen)
- der hinter dem Beratungsangebot stehenden Institution (Gesundheitseinrichtungen, Krisendienste niedergelassene Therapeut/innen, Kliniken)
- des Kommerzialisierungsgrades (kommerziell – semikommerziell – kostenlos)
- genutztem Netzdienst (E-Mail, Webboard, Chat, Videokonferenz)
- theoretischer Fundierung und Seriosität bzw. Grad der Professionalität

Qualitätsmerkmale sind z.B. eine entsprechende Qualifizierung der Beraterinnen und Berater, Geschwindigkeit der Reaktion auf die Anfrage, Transparenz über Häufigkeit, Umfang und Zuverlässigkeit der Kontakte sowie die gewährleistete Datensicherheit. Beispiele für Angebote mit einem hohen Grad an Professionalität sind z.B. www.sextra.de, www.beratung-therapie.de, www.interapy.de. Alle Angebote setzen die wesentlichen Qualitätsstandards an ein professionelles Online-Interventionsangebot um.

Bezüglich der genutzten Netzdienste dominiert eindeutig die Realisation von Interventionsangeboten via E-Mail (Castelnuovo, Gaggioli, Mantovani & Riva 2003). Typischerweise schildert die betroffene Person ihr Anliegen an die beratende Person, diese gibt eine mehr oder weniger ausführliche Antwort per E-Mail. Abgerechnet wird – wenn die Beratung kostenpflichtig ist – entweder pauschal oder per Zeilen bzw. Seitenzahl. Audio-/

Videokonferenzen werden – obwohl sie der face-to-face-Situation sicherlich am nächsten kommen – bislang noch wenig genutzt. Eine Ausnahme ist hier das Angebot von Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin Ursula Lindauer. Auf ihrer Homepage www.screentherapy.de bietet sie via Netmeeting Hilfe zur Stressbewältigung an.

Neben diesen Angeboten mit direkter Klient/innen-Berater/innen-Interaktion existieren ebenso webbasierte Computerprogramme, so genannte Softbots, die dem Teilnehmenden automatisch Rückmeldungen nach einer bestimmten Eingabe geben (für Beispiele siehe Döring & Eichenberg 2007).

Die Mehrzahl der deutschsprachigen Beratungsangebote ist kostenlos. Aufgrund der zahlreichen gratis Beratungs- und Selbsthilfegruppenangebote (zu den Besonderheiten von virtuellen Selbsthilfegruppen siehe Eichenberg 2004) sowie der Möglichkeit herkömmliche face-to-face Psychotherapieleistungen durch die Kassen erstattet zu bekommen, ist die Inanspruchnahme kostenpflichtiger Dienste somit nicht sehr stark ausgeprägt. Damit stehen die karitativen Einrichtungen mit ihrem kostenlosen Service vor dem Problem, die Flut der Anfragen kaum bewältigen zu können, online-tätige Therapeutinnen und Therapeuten hingegen sind kaum ausgelastet. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung, die dass Modellprojekt Sorgenchat (www.bke-sorgenchat.de) und Online-Beratung (www.bke-elternberatung.de) anbietet, berichtet z.B. von mehr als 10.000 Besuchenden monatlich. Die Plattform www.psychologe.de, ein kommerzielles Online-Beratungsangebot, erreichen demgegenüber täglich ca. 40 Anfragen von Ratsuchenden. Ca. 65% nehmen das kostenpflichtige Beratungsangebot der Expertinnen und Experten an.

In der klinischen Praxis kommen auch Situationen vor, in denen sich Patient/innen per E-Mail an niedergelassene Psychotherapeut/innen oder lokale Hilfseinrichtungen wenden, die kein explizites Beratungsangebot per Internet offerieren. Fallvignetten zeigen, wie chancenreich es ist, das traditionelle Psychotherapiesetting zu flexibilisieren, in dem beispielsweise die Internetkommunikation in den therapeutischen Prozess integriert wird (siehe auch Mück 2008).

Fallbeispiel (aus Bollinger 2004)

Eine 27-jährige Jurastudentin mit sexuellen Missbrauchserfahrungen zwischen dem 13. und 17. Lebensjahr wendet sich per E-Mail an die Studierendenberatungsstelle:

„…seit Tagen schleiche ich hier in meiner Wohnung umher, wie ein Tiger im Käfig […], mein Hirn arbeitet auf Hochtouren, schläft scheinbar nie… es produziert immer und immer mehr Erinnerungen, die mich erschlagen… ich kann einfach nicht mehr! In einer Beratungsstelle war ich diesbezüglich noch nie, da ich nicht darüber reden kann, was passiert ist… Ich bekomme kein einziges Wort über die Lippen, kann noch nicht einmal für mich die Dinge aussprechen… Schreiben klappt – wie es scheint – bisher recht gut…“

Die Therapeutin war zunächst verunsichert, auf die Anfrage zu reagieren aufgrund von Bedenken bezüglich potenziellem Mitagierens und der Verstärkung von Vermeidungstendenzen. Nach der Reflexion in ihrer Supervisionsgruppe machte sich die Überzeugung breit, dass für diese Patientin in einem E-Mail-Kontakt die derzeit einzige Möglichkeit besteht, sich an eine professionelle Helferin zu wenden. Nach einem kurzen E-Mail-Wechsel kam der erste reale Kontakt zwischen Patientin und Therapeutin zustande. Ohne das Einlassen der Therapeutin auf die Kontaktaufnahme via Internet wäre die folgende Behandlung nie zustande gekommen, die weiterhin von E-Mails begleitet wurde. So konnte die Patientin langsam ihre Sprachhemmung überwinden und emotionale Entlastung erfahren.

2 Effektivität

2.1 Metaanalyse

Während auch im deutschsprachigen Raum schon seit Mitte der 1990er Jahre internetbasierte psychologische Interventionsangebote realisiert werden, folgen nur langsam entsprechende Evaluationsstudien. Lagen zunächst nur vereinzelte Untersuchungen vor, die aufgrund von methodischen Mängeln auch überwiegend keine Evaluationsstudien im engeren Sinne darstellten (zur kritischen Übersicht siehe Eichenberg 2002), so ist in den letzten fünf Jahren die Bemühung gestiegen, den konzeptionellen Überlegungen zu den Möglichkeiten und Grenzen von Online-Interventionen empirische Evidenzen an die Seite zu stellen. Mit einem ersten Review stellt Ott (2003) die vorliegenden Befunde zusammen. Insgesamt wurden nach einer systematischen Literaturrecherche N = 30 Studien extrahiert, die empirische Wirksamkeitsnachweise zu internetbasierten Interventionsprogrammen enthielten. Diese Studien wurden im ersten Schritt anhand von zwei Dimensionen analysiert: Die erste Dimension beschreibt die Art des Störungsbildes, die zweite Dimension bezieht sich auf die Funktion der Intervention (Abb. 1).

Systematisierung der Studien nach Problembereichen und Interventionsfunktion. X (Y): X = Anzahl der Studien mit Wirksamkeitsnachweis, Y = Gesamtanzahl der Studien (aus Ott, 2003).

Abb. 1.

Störungsbilder	Intervention		
	Prävention	Behandlung	Rehabilitation
Angststörungen		4 (4)	
Depressive Störungen	1 (2)	1 (2)	
Esstörungen	4 (4)	1 (1)	
Adipositas		2 (2)	0 (1)
Posttraumatische Belastungsst.		2 (2)	
Substanzbezogene Störungen		3 (3)	
Verhaltensmedizinische Störungen		2 (2)	1 (2)
Psychische Probleme bei körperlichen Erkrankungen	1 (1)		4 (4)
Gesamt	6 (7)	15 (16)	5 (7)

Sichtbar wird, dass sich die 30 analysierten Wirksamkeitsstudien nicht gleichmäßig über die gängigen Störungsbilder und Problembereiche verteilen. So liegen bislang keine Evaluationsstudien zu Zwangsstörungen, somatoformen Störungen, psychotischen und schizophrenen Störungen sowie Persönlichkeitsstörungen vor. Ein viel versprechender Befund ist, dass 86,7% der untersuchten Studien positive Effekte nachweisen konnten. Dabei zeigte sich, dass hinsichtlich der theoretischen Grundlage der angewandten Interventionen eine schiefe Verteilung zu Gunsten kognitiv-behavioraler und verhaltenstherapeutischer Internet-Programme vorlag, die in 73,3 % aller Studien zur Anwendung kamen. In den meisten Fällen kamen dabei bereits vorhandene Therapiemanuale bzw. einzelne Module aus ihnen (z.B. Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Problemlösetrainings, Selbst-Management-Trainings, Aufmerksamkeitstrainings, Vermittlung von Krankheitsmodellen und Entspannungstrainings) zum Einsatz.

Dass stark manualisierte Behandlungsstrategien leichter an das Internet-Setting adaptierbar sind als solche, in denen der Beziehungsaspekt eine tragende Rolle spielt (z.B. bei psychodynamisch orientierten Verfahren), ist leicht nachvollziehbar. Dennoch gilt für alle netzgestützten Interventionen, dass diese nur dann fruchtbar und gegenüber face-to-face-Interventionen nicht per se defizitär sind, wenn professionell Helfende die medialen Spezifika der computervermittelten Kommunikation, die bestimmte Optionen, aber auch Restriktionen beinhaltet, reflektieren und berücksichtigen. Damit geht einher, dass die therapeutische Online-Kommunikation traditionelle Behandlungsmethoden und -techniken nicht eins zu eins übernehmen kann, sondern vielmehr an das spezielle Setting adaptieren muss.

2.2 Evaluation eines sexualbezogenen Beratungsangebots

Eine Studie an N = 134 Nutzern des sexualbezogenen Online-Beratungsangebots „Sextra“ von Pro Familia

[www.sextra.de] (Eichenberg 2007), das sich vorwiegend an Jugendliche und Adoleszente richtet, zeigte, dass die wichtigsten Gründe für die Konsultation der E-Mail-Beratung in den medienimmanenten Besonderheiten der zeitversetzten und schriftlichen Kommunikation lagen: die einfache und schnelle Erreichbarkeit sowie die Möglichkeit eines anonymen bzw. pseudonymen Hilfegesuchs waren die ausschlaggebensten Gründe für die Nutzung dieses internetbasierten Angebots. Weniger ausschlaggebend für die Nutzung von „Sextra“ schienen persönliche Schamschwellen – auf die E-Mail-Beratung wurde kaum zurückgegriffen, um Nervosität oder Peinlichkeitsgefühle in einem direkten Face-to-Face Beratungsgespräch zu vermeiden. Keine Rolle spielte eine schlechte lokale Infrastruktur bzgl. adäquater Beratungsangebote. Es zeigte sich, dass 20% der Ratsuchenden noch nie zuvor über ihr Problem gesprochen hatten. Insgesamt wurde die internetbasierte Beratungssituation als positiv erlebt, was sich mit anderen Befunden deckt, die eine der Face-to-Face-Situation vergleichbare therapeutische Beziehungsqualität im Internet belegen (z.B. Cook & Doyle 2002). Das Erleben der Beratung wurde mit drei Frageblöcken erhoben, die die Beraterin, die Interaktion mit ihr und die Intervention beurteilen (Abb. 2). Es zeigten sich für fast alle diese Aspekte positive Bewertungen: Die typischen Charakteristika eines professionellen Beraters / einer professionellen Beraterin wurden generell wahrgenommen, was sich in der Resonanz auf das Beratungsgesuch widerspiegelt. Lediglich das Herstellen persönlicher Nähe („fühle mich dem/der Berater/in nahe“) scheint bei computervermitteltender Kommunikation verständlicherweise etwas erschwert. Angesichts der als mäßig bewerteten Verständlichkeit der Antwort / Intervention war es sicher von Vorteil, dass die Ratsuchenden sie mehrfach durchlesen konnten.

Dimension des Erlebens*	M (SD)
Wie wurde der/die Berater/in erlebt?	
einfühlsam (4) vs. nicht einfühlsam (0)	3,3 (1,2)
Vertrauen erweckend (4) vs. nicht Vertrauen erweckend (0)	3,1 (1,0)
kompetent (4) vs. inkompetent (0)	3,1 (1,0)
verständnisvoll (4) vs. nicht verständnisvoll (0)	3,1 (1,0)
sympathisch (4) vs. unsympathisch (0)	3,0 (1,0)
Wie wurde die Interaktion mit Berater/in erlebt?	
fühlte mich ernst genommen	3,3 (1,0)
fühlte mich vertrauensvoll behndelt	3,0 (1,0)
fühlte mich verstanden	3,0 (1,1)
fühlte mich gut aufgehoben	2,7 (1,2)
fühlte mich erleichtert	2,3 (1,4)
fühlte mich dem/der Berater/in nahe	1,7 (1,1)
Wie wurde die Antwort/Intervention erlebt?	
tief gehend (4) vs. oberflächlich (0)	2,8 (1,2)
ausführlich (4) vs. knapp (0)	2,6 (1,3)
ausgewogen (4) vs. einseitig (0)	2,5 (1,0)
hilfreich (4) vs. nicht hilfreich (0)	2,4 (1,3)
persönlich (4) vs. unpersönlich ((0)	2,4 (1,1)
informativ (4) vs. banal / nichts sagend (0)	2,4 (1,1)
konkret (4) vs. unkonkret (0)	2,2 (1,1)
auf mein Traum eingehend (4) vs. das Thema verfehlend (0)	1,9 (1,0)
gut verständlich (4) vs. schwerverständlich (0)	1,6 (0,8)

* Antworten auf einer fünfstufigen Ratingskala (0 = trifft gar nicht zu, 4 = trifft vollkommen zu)

Abb. 2: Erleben der Beratung (Mittelwerte in abnehmender Reihenfolge, N = 134)

Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Beratung war sehr hoch. Auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 6 (sehr zufrieden) bewerteten die Befragungspersonen ihre Zufriedenheit im Mittel mit 4,6 (SD = 1,3). Ein Viertel der Ratsuchenden gab darüber hinaus an, dass sich durch die Beratung etwas im Leben positiv verändert habe, 56 % glaubten, dass sich durch den Einfluss der Beratung in näherer Zukunft noch positive Veränderungen einstellen würden. Zudem belegen auch objektive Maße die Effektivität der Online-Beratung. Eine standardisierte Messung der Veränderung der psychischen Belastung vor und nach der Beratung an N = 77 Ratsuchenden mittels drei Skalen (Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit) des Brief Symptom Inventory (BSI; Franke 2000) zeigte eine signifikante Besserungen auf den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit mit Effektstärken von ε`= .39 und $\varepsilon$`= .42. Dies sind insgesamt viel versprechende Befunde für die Effektivität von sexualbezogener Online-Beratung, die überwiegend aus einer Einmalintervention bestand.

3 Fazit

Mit der therapeutischen Intervention via Internet sind eine Reihe von Potenzialen, aber auch Gefahren verbunden. Tabelle 1 gibt einen zusammenfassenden Überblick.

Tab. 1. Potenziale und Gefahren der therapeutischen Intervention via Internet

Merkmal	Potenzial	Gefahr
Zielgruppe	Erreichbarkeit von Personen, die u.U. traditionelle Hilfseinrichtungen nicht besuchen würden/ können, z.B. bei körperlichen Behinderungen, starker psychischer Beeinträchtigung (z.B. ausgeprägte Agoraphobie)	Eingeschränkte Behandlungsmöglichkeit bei bestimmten Störungsbildern u. Problembereichen, z.B. akuten Krisen (vgl. Eichenberg & Pennauer 2003)
Anonymität	1. Subjektiv unverbindlichere Kontaktaufnahme 2. Erleichterte Kontaktaufnahme bei Schwellenängsten 3. Beschleunigte Selbstöffnung/ prekäre Themen	4. Missbrauch 5. Wegfall von sozialen Normen 6. Ethische Probleme: z.B. Nachweis der Professionalität des Beraters / der Beraterin, Verbindlichkeit des Kontakts
Asynchronizität	7. terminliche Flexibilität 8. „zone for reflection“: der / die Hilfesuchende kann sein / ihr Anliegen formulieren, die beratende Person kann gründlich und vorbereitet eine Antwort verfassen 9. vereinfacht begleitende Supervision	Keine Möglichkeit der unmittelbaren Reaktion: Gefahr auf Problemstellung einzugehen, die aus einer bestimmten Stimmungslage heraus formuliert wurde und zum Zeitpunkt der Beantwortung nicht mehr aktuell ist
Textbasierter Austausch	10. ermöglicht schnelle und höher frequentierte Konsultation 11. kommt Menschen entgegen, die sich lieber schriftlich ausdrücken	12. Potenzial für Missverständnisse 13. Keine Möglichkeit, den Wahrheitsgehalt der Information zu überprüfen bzw. durch nonverbale Ausdruckszeichen zu validieren
Ökonomie	Kostengünstige Durchführung wissensvermittelnder Maßnahmen zu Therapiebeginn (als Bsp. für Essstörungen s. Winzelberg et al. 2000)	Verlockung zur Zeitersparnis zu Ungunsten der Klient/innen bei stereotypem Einsatz des Internet ohne Reflexion der differenziellen Indikation

Insgesamt hat die theoretische Auseinandersetzung, Modellbildung und Standardsetzung bzgl. internetbasierter Intervention noch starken Ausbaubedarf. Die klinische Forschung muss zudem die Desiderate über die Wirkmechanismen internetbasierter Intervention schließen und empirisch fundiert Leitlinien für Indikationsbereiche und Interventionstechniken, die die Besonderheiten der internetbasierten Kommunikation berücksichtigen, entwickeln. Mit den psychologischen Aspekten der computervermittelten Kommunikation vertraut zu sein bildet die Basis für alle therapeutischen Formen der Netznutzung. Spezifisches Hintergrundwissen vermittelt Döring (2003a, 2003b). Insgesamt bietet das Internet günstige Strukturen für die Erweiterung herkömmlicher psychosozialer Versorgungsangebote. Die Ausschöpfung dieser Optionen hängt stark von den zukünftigen Bemühungen der klinischen Forschung und Praxis ab. Dafür müssen Entwicklung, Erprobung und Evaluation spezifischer Konzepte für computervermittelte Interventionen verzahnt werden, was die Berücksichtigung berufsrechtlicher Gegebenheiten (siehe Hausdorf & Erlinger 2004) und die weitergehende Elaborierung und Etablierung qualitätssichernder Maßnahmen (siehe z.B. den Gütesiegel des Berufsverbands Deutscher Psycholog/innen e.V., www.bdp-verband.org/html/service/siegel.html) einschließt.

4 Ausblick

Der Einsatz von Medien im therapeutischen Bereich ist nicht neu. Somit wird auch die Nutzung digitaler Medien zunehmend selbstverständlicher werden, die mit Schlagworten wie „Sozialinformatik“, „Medizininformatik“, „Telemedizin“ oder „E-Health“ (vgl. Oh, Rizo, Enkin & Jadad 2005) belegt ist. Der klinisch-psychologische und psychiatrische Bereich ist dabei eingeschlossen (Newman 2004). In der Telepsychiatrie zeigen sich internationale Entwicklungen, die im deutschsprachigen Raum bislang kaum erprobt oder etwa breiter umgesetzt wurden. Beispiele sind konsiliarische Dienste, Patient/innenvermittlung, Diagnostik, Supervision und die Ausbildung von Ärzt/innen und Psycholog/innen via Videokonferenz. Insgesamt wird nicht nur von positiven Erfahrungen bezüglich der praktischen Anwendung, Akzeptanz auf Fach- wie Patient/innenseite und Kostenersparnis für die Nutzung von Videokonferenzen in diesen Anwendungskontexten berichtet (vgl. z.B. Mielonen, Ohinmaa, Moring & Isohanni 2002), sondern es liegen auch empirische Evidenzen für sensible Einsatzformen wie der Diagnosestellung über telekommunikative und audiovisuelle Technologien vor (Ruskin et al. 1998; Hyler et al. 2005). In Zukunft gilt es, diese neuen Möglichkeiten der klinischen Telepsychologie und -psychiatrie – als Ergänzung und Erweiterung der herkömmlichen Versorgungsstrukturen – angepasst an das deutsche Gesundheitssystem wissenschaftlich und praktisch weiter zu entwickeln, zu evaluieren und bei positiven Evaluationsergebnissen dann auch zu veralltäglichen. Dabei hat neben der Erforschung von Kriterien für die intra- und interindividuelle Einbindung von Medien im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung die Berücksichtigung ethischer wie sozialer Aspekte besondere Relevanz. Zum einen müssen mediale Angebote im Rahmen der Versorgung von psychisch Kranken für alle Menschen gleich nutzbar und zugänglich sein, d.h. ein gesundheitsbezogener „digital devide“ verhindert werden. Zum anderen muss bei aller Verlockung technischer Möglichkeiten die Würde der Patientin und des Patienten berücksichtigt

bleiben: Alkoholkranke Menschen aufzufordern sich möglichst an ihr persönliches Limit zu betrinken, um sie mit Vi-deoaufnahmen zur Krankheitseinsicht zu motivieren (siehe Baker et al. 1975) bleibt ethisch höchst fragwürdig.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass im Zuge der allgemeinen Mediatisierung der Gesellschaft viele Menschen auch bei der klinisch-psychologischen Versorgung auf einen flexiblen Einsatz unterschiedlicher Medien verstärkt Wert legen. Daher ist wichtig, dass an der psychosozialen Versorgung Beteiligte die verschiedenen Einsatzfelder von Medien in therapeutische Prozesse mit ihren spezifischen Potenzialen aber auch Grenzen kennen.

Neben einem Nutzen für die Intervention können Medien aber auch Effekte und Rückwirkungen auf das Individuum mit extremen Auswirkungen auf das menschliche Verhalten und Erleben haben. D.h. je nach Nutzungsweise und -kontext können Medien auch zum Ausdrucksfeld psychischer Störungen werden oder vorhandene Störungen verstärken. In diesem Zusammenhang wurde aus klinischer Perspektive z.B. bezogen auf die digitalen Medien u.a. der Themenkomplex des pathologischen Internetgebrauchs (zur Übersicht siehe z.B. Beard 2005; Morahan-Martin 2005) oder der „Handy-Sucht" (Park 2005), die pädosexuelle Kontaktsuche im Internet (vgl. Eichenberg 2006), das „Handy-Stalking" (Eytan & Borras 2005) und neuerdings die Effekte sog. „Suizid-Foren" (vgl. Eichenberg 2007) und „Pro-Anorexie-Foren" (Eichenberg & Brähler 2007) problematisiert. Eine weitere Herausforderung besteht folglich darin, neben der Einbindung von Medien in therapeutische Tätigkeiten, dysfunktionale und pathogene Muster der Mediennutzung im Alltag zu diagnostizieren und zu behandeln.

Literatur

Baker, T.B, Udin, H. & Vogler, R.E. (1975). The effects of videotaped modeling and self-confrontation on the drinking behavior of alcoholics. *International Journal of the Addictions,* 10(5), 779-793.

Beard, K.W. (2005). Internet addiction: A review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior,* 8, 7-14.

Bollinger, S. (2004). E-Mail-Kontakte und Psychotherapie. *Psychotherapeut,* 49, 126-128.

Castelnuovo, G., Gaggioli, A., Mantovani, F. & Riva, G. (2003). From Psychotherapy to e-Therapy: The Integration of Traditional Techniques and New Communication Tools in Clinical Settings. CyberPsychology & Behavior, 6, 375-382.

Cook, J.E. & Doyle, C. (2002). Working alliance in online therapy as compared to face-toface therapy: Preliminary results. *CyberPsychology & Behavior,* 5, 95-105.

Döring, N. (2000). Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), Internet für Psychologen (2., überarb. und erw. Aufl.) (S. 509- 548). Göttingen: Hogrefe.

Döring, N. (2003a). *Computervermittelte Kommunikation als therapeutisches Medium.* In R. Ott. & C. Eichenberg (Hrsg.), Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung (S. 117-127). Göttingen: Hogrefe.

Döring, N. (2003b). Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Iden-

titäten, soziale Beziehungen und Gruppen (2., vollst. überarb. u. erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

Döring, N. & Eichenberg, C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut, 2,* 127-135.

Eichenberg, C. (2002). Psychologische Beratung und Therapie via Internet: Ansätze zur Erforschung der Wirksamkeit. Deutsches Ärzteblatt, 41, 28-29 [SUPPLEMENT: Praxis Computer].

Eichenberg, C. (2004). *Das Internet als therapeutisches Medium: Die Besonderheiten des Online-Settings in Selbsthilfe und Intervention. Deutsches Ärzteblatt,* 19, 14-16 [SUPPLEMENT: Praxis Computer].

Eichenberg, C. (2006). Sexueller Kindesmissbrauch und Internet: Zwischen Prävention und Kriminalität. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin,* 4, 57-72.

Eichenberg, C. (2007). Online-Sexualberatung: Wirksamkeit und Wirkweise. Evaluation eines Pro Familia-Angebots. *Zeitschrift für Sexualforschung, 3,* 247-262.

Eichenberg, C. (2008). Internet Message Boards for Suicidal People: A Typology of Users. CyberPsychology & Behavior, 11, 1, 107-113.

Eichenberg, C. & Brähler, E. (2007). Editorial: “Nothing tastes as good as thin feels...” - Einschätzungen zur Pro-Anorexia-Bewegung im Internet. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 7,* 269-270.

Eichenberg, C. & Pennauer, J. (2003). Krisenintervention im und via Internet: Angebote und Möglichkeiten. Psychotherapie im Dialog, 4, 411-415.

Eytan, A. & Borras, L. (2005). Stalking through SMS: a new tool for an old behaviour? *The Australian and New Zealand journal of psychiatry, 39(3),* 204.

Franke, G.H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI). Kurzform der SCL-90-R.* Göttingen: Hogrefe.

Hausdorf, T. & Erlinger, R. (2004). Psychotherapie im Internet. *Der Psychotherapeut, 2,* 129-138.

Hyler, S.E. et al. (2005). Can telepsychiatry replace inperson psychiatric assessments? A review an meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectr, 10 (5),* 403-413.

Lang, J. (2002). Wie nutzt die Psychologie die neuen Medien? Beispiel Online-Beratung. In M. Brüstle (Hrsg.), *Kommunikation der Zukunft, Zukunft der Kommunikation. Psychologie und neue Medien. 10. Brixener Tage für Psychologen der Arbeitsgemeinschaft Deutschsprachiger Psychotherapieverbände (ADP)* (S. 88-107). Bonn: Dt. Psychologen Verlag.

Laszig, P. & Eichenberg, C. (2003). Online-Beratung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut, 3,* 193-198.

Mielonen, M.L., Ohinmaa, A., Moring, J. & Isohanni, M. (2002). Videoconferencing in telepsychiatry. *Journal of Technology in Human Services, 20*(1-2), 183-199.

Morahan-Martin, J. (2005). Internet abuse: Addiction? Disorder? Symptom? Alternative Explanations? *Social Science Computer Review, 23,* 39-48.

Mück, H. (2008). *Möglichkeiten telematischer Anwendungen in der Psychotherapie im Praxisalltag. Hindernisse und Erfahrungen*. Vortrag auf dem Workshop des Zentrums für Telematik im Gesund-

heitswesens zum Thema "Online-Beratung in der Psychiatrie und Psychotherapie: Potenziale, Hindernisse und Perspektiven für die Zukunft" in Zusammenarbeit mit dem Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik der Universität zu Köln. 13. November 2008, Köln.

Newman, M. (2004). Technology in Psychotherapy: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology, 60,* 141-145.

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. (2005). What is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Medical Internet Research, 7*(1):e1. www.jmir.org/2005/1/e1/

Ott, R. (2003). Klinisch-Psychologische Intervention und Psychotherapie via Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung (S. 128-147). Göttingen: Hogrefe.

Park, W.K. (2005). Mobile Phone Addiction. In R. Ling & P. Pedersen (Eds.), Mobile communications: *Re-negotiation of the social sphere. Surrey,* UK: Springer.

Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldredge, K.L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P., Koopman, C. & Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program for reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 346-350.

Internetbasierte Suchtprävention: Programme, Ergebnisse und Perspektiven

Peter Tossmann

Der folgende Text ist von Herrn Ulrich Klose und Frau Doris Sarrazin verfasst und von Herrn Dr. Tossmann authorisiert worden.

1 Grundlagen: Zielgruppen und Methoden der Suchtprävention

1.1 Zielgruppen und Interventionsintensität

Gemäß einer Klassifikation des US-Institute for Medicine von 1994 wird zwischen drei Arten von Suchtprävention unterschieden:

1. Universelle Suchtprävention
Diese richtet sich an die allgemeine Bevölkerung mit dem Ziel der allgemeinen Aufklärung über Suchtmittel und die Vorbeugung vor den damit verbundenen Gefahren.

2. Selektive Suchtprävention
Diese richtet sich speziell an Risikogruppen, die besonders gefährdet sind, eine oder mehrere Suchtmittel in riskanter Weise zu konsumieren.

3. Indizierte Suchtprävention
Hier werden Personen(gruppen) erfasst, die bereits Suchtprobleme aufweisen. Es geht darum, ein tieferes Abgleiten in die Abhängigkeit zu verhindern.

Charakteristisch für die hier genannten Typologien ist es, dass die Interventionsintensität von der universellen über die selektive bis zur indizierten Suchtprävention zunimmt, bei der letztgenannten also am stärksten ist. Hingegen ist die Größe der Zielgruppe bei der indizierten Suchtprävention am geringsten und bei der universellen Suchtprävention am größten. Die Interventionsintensität bei therapeutischen Maßnahmen ist indes noch weit höher.

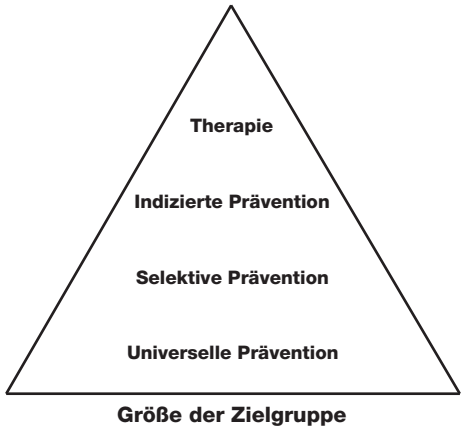


Abb. 1: Klassifikation der Interventionsintensität (Sidler, SFA 2007)

1.2 Geeignete Interventionen für verschiedene Stadien der Verhaltensänderung

Zu beachten ist bei der Auswahl der suchtpräventiven Interventionen, an wen sich die präventiven Angebote richten

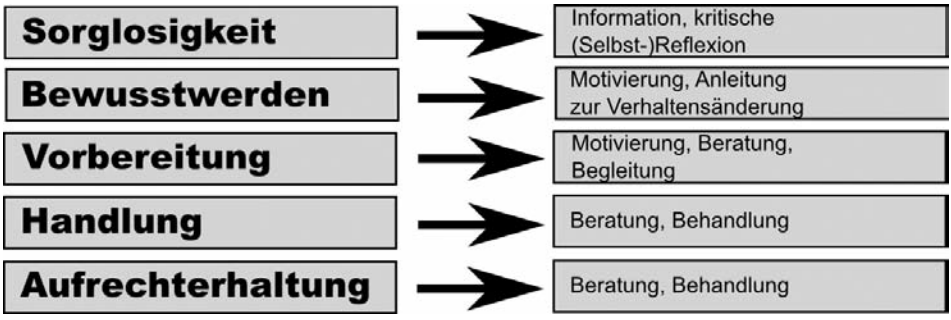


Abb. 2: Stadien der Verhaltensänderung und angezeigte Interventionen (Prochaska, DiClemente 1983)

sollen. Je nach dem bereits erreichten Grad der gewünschten beziehungsweise anvisierten Verhaltensänderungen müssen andere Arten von Intervention ausgewählt werden. Welche dies sind, zeigt Abbildung 2. Menschen, die sich um ihren Suchtmittelkonsum noch keine Sorgen machen, werden durch informative Angebote erreicht. Bei ihnen sollte die kritische Reflexion des eigenen Verhaltens das Ziel der Intervention sein. Hingegen kann bei Personen, die bereits ein Bewusstsein zu ihrem problematischen Konsum entwickelt haben oder kurz davor sind, ihr Verhalten ändern zu wollen, einiges durch motivierende Interventionen erreicht werden. Beratung, vor allem aber Behandlung ist erst dann angezeigt, wenn die Ratsuchenden bereits daran arbeiten, ihr Verhalten ändern zu wollen oder erreichte Fortschritte erhalten möchten.

2 Beispiele internetbasierter Prävention

Den im vorhergehenden Abschnitt genannten Stadien der Verhaltensänderung lassen sich natürlich die zuvor vorgestellten Präventionskategorien zuordnen. Universelle Prävention richtet sich eher an die Sorglosen, selektive Intervention an diejenigen, die sich ihres Problems bewusst werden, und zum Teil auch noch an die, die sich in der Vorbereitung für verhaltensändernde Maßnahmen befinden. Indizierte Präventionsmaßnahmen sind hingegen eher für die Personen vorgesehen, die bereits Handlungen eingeleitet haben.

In diesem Abschnitt sollen nun konkrete Internet-Projekte vorgestellt werden, die der universellen, der selektiven und der indizierten Prävention zuzuordnen sind.

Universelle Prävention im Internet

Beispiele für Internetseiten, die einen eher universellen Präventionsansatz vertreten, sind:

- www.feelok.ch
- www.checkyourdrugs.at
- www.drugcom.de
- www.mindzone.info
- www.partypack.de
- www.rauschfaktor.de

Methodisch setzen solche Seiten vor allem Mittel wie FAQs (Frequently asked questions, oft gestellte Fragen), Lexika und Informationstexte ein. Die erste Generation der Suchtpräventionsseiten im Internet lässt sich dieser Gruppe zuordnen. Die Kommunikation lief hierbei vor allem in eine Richtung.
In der zweiten Generation wurden bei universellen Präventionsseiten vermehrt interaktive Elemente eingesetzt. Sehr beliebt sind dabei Wissenstests und Tests zur Selbsteinschätzung des eigenen (Sucht-)verhaltens. Auf www.drugcom.de gibt es beispielsweise diverse Wissenstests. Die Seite www.feelok.ch aus der Schweiz lädt u.a. ein zum „Alkohol-Check-Test“. Genutzt werden Tests dieser Art auch, um den Nutzerinnen und Nutzern – je nach Testergebnis – in der Folge nutzerspezifische Inhalte anzubieten.

Derart genutzte Interaktivität ist auf jeden Fall wirksamer als die Versorgung aller Nutzerinnen und Nutzer mit den gleichen Informationen, wie es beispielsweise beim herkömmlichen Druck von Informationsfaltblättern geschieht. (Bull et al. 1998; Lilja et al. 2003; Tobler et al. 2000; Sussman et al. 2003).

Einen Alkohol-Selbsttest gibt es auch auf www.drugcom.de. Hinzu kommen allgemeine Wissenstests zu Alkohol und anderen Substanzen. Die Evaluation des

Selbsttests mit dem Titel „Check your drinking“ ergab, dass er etwa 5000 Mal pro Monat genutzt wird. 94 Prozent der befragten Test-Teilnehmerinnen und -Teilnehmer fanden den Test verständlich. 69 Prozent wollten ihn an Freunde und Bekannte weiter empfehlen.

Selektive Prävention im Internet

Die Ziele von Internetseiten, die selektive Suchtprävention anbieten, sind vor allem die Informationsvermittlung, die Anregung zur kritischen Selbstreflektion sowie die Beeinflussung gesundheitsbezogener Einstellungen und Verhaltensweisen. Gearbeitet wird hier viel mit Blogs[1], Diskussionsforen, Chats und Mailinglisten.

Beispiel-Seiten dieser Kategorie sind:

- www.checkyourdrugs.at
  In einem Informationsforum wird Wissenswertes zu diversen Suchtmitteln diskutiert.
- www.drugcom.de
  Im Bereich zum Mischkonsum gibt es Konsumberichte und zugeordnete Kommentare von Expertinnen und Experten
- www.drugscouts.de
  Die Rubrik „Dr. Frühling – Fragen und Antworten“ bietet Nutzern die Möglichkeit, Fragen zu stellen. Fachleute beantworten sie dann.

Die zuletzt genannte Seite www.drugscouts.de verdeutlicht ein strukturelles Problem suchtpräventiver Internetseiten. Dabei handelt es sich um ein regionales Angebot der SZL Suchtzentrum gGmbH aus Leipzig. Genutzt wird gerade die Dr. Frühling-Rubrik aber durch Menschen aus dem gesamten deutschsprachigen Gebiet, was zu Überlastungen des hinter der Seite stehenden Personals führt. „Dr. Frühling – Fragen und Antworten“ ist deshalb bisweilen für mehrere Wochen wegen Überlastung geschlossen.

Indikative Prävention im Internet

Programme der indikativen Prävention im Internet setzen häufig darauf, nutzergenerierte Inhalte mit Hilfe von Datenbanken bereitzustellen. Bei datenbankgestützten Angeboten für Raucherinnen und Raucher wurde festgestellt, dass diese besonders wirksam sind, um Nikotinabhängige beim Aufhören zu unterstützen. (Dijkstra et al. 1998; Etter & Perneger 2001; Velicer et al. 1999; Velicer & Prochaska 1999; Shiffman et al. 2001; Lennox et al. 2001; Aveyard et al. 2003; Carpenter et al. 2003; Feil et al. 2003; Borland et al. 2004).

Nachfolgend werden datenbankgestützte Angebote für die drei verschiedenen Zielgruppen Raucherinnen und Raucher, riskant Alkoholkonsumierende und Cannabis-Abhängige vorgestellt.

2.1 Indikative Suchtpräventionsprogramme für Raucherinnen und Raucher

- www.quitnet.com
  Dies ist ein kommerzielles Programm aus den USA. Angelegt ist es auf eine Dauer von vier Wochen. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bezahlen 90 Dollar für die Teilnahme.
- www.feelok.ch
  feelok ist ein internetbasiertes multi-

[1] Ein **Weblog** (aus engl. World Wide Web und Log für Logbuch), meist abgekürzt als **Blog**, ist ein auf einer Website geführtes und damit – meist öffentlich – einsehbares Tagebuch oder Journal. Häufig ist ein Blog „endlos“, d.h. eine lange, abwärts chronologisch sortierte Liste von Einträgen, die in bestimmten Abständen umbrochen wird. Es handelt sich damit zwar um eine Website, die aber im Idealfall nur eine Inhaltsebene umfasst. Ein Blog ist ein für den Herausgeber („Blogger“) und seine Leser einfach zu handhabendes Medium zur Darstellung von Aspekten des eigenen Lebens und von Meinungen zu oftmals spezifischen Themengruppen.(aus www.wikipedia.de am 12.01.2009)

thematisches Computerprogramm, das auf der Grundlage von wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt wurde. Dieses Interventionsprogramm hat als Ziel, die Gesundheit und das Wohlbefinden Jugendlicher zu fördern, sowie dem risikoreichen Verhalten bzw. dem Suchtmittelkonsum vorzubeugen. Es wird vom Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich koordiniert und evaluiert.

- www.happyending.no
  Gestartet als öffentliches Angebot, ist www.happyending.no mittlerweile privat veranstaltet und kommerziell. Das Programm dauert für die Nutzerinnen und Nutzer drei Monate. Es basiert darauf, ein Nutzungstagebuch zu führen. Regelmäßig erhalten die Teilnehmenden Rückmeldungen per Mobiltelefon-Kurznachricht.

Das Beispiel: www.rauch-frei.info
Diese deutsche Seite wird betrieben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und monatlich von 150 bis 180 Menschen regulär wie unten beschrieben genutzt. Zu unterscheiden ist sie von www.rauchfrei.info, das vom österreichischen ISGS (Integrierter Sozial- und Gesundheitssprengel Kapfenberg) betrieben wird.

Wie die meisten datenbankgestützten Angebote beginnt eine Nutzerin oder ein Nutzer von rauch-frei.info damit, sich ein fragebogengestütztes Profil anzulegen. Abgefragt werden diverse persönliche Daten, vor allem zum Rauchverhalten, aber auch zu begleitenden psychosozialen Rahmenbedingungen. Das Profil wird automatisiert ausgewertet. Als Rückmeldung wird dem Nutzenden mitgeteilt, welcher Rauchertyp er ist. Entsprechend dieser Kategorisierung werden ihm künftig spezifische Inhalte angezeigt.

Das Ziel des Rauchfrei-Programms besteht darin, beim Nutzenden eine Verhaltensänderung zu bewirken. Das muss nicht komplette Abstinenz sein. Es kann auch die Reduzierung des Zigarettenkonsums bedeuten. Die Nutzerinnen und Nutzer selbst bestimmen den Inhalt der Zielsetzung und legen einen „Tag X" fest, an dem sie beginnen wollen, die gewünschte Verhaltensänderung einzuleiten. Von diesem Tag an bekommen sie vier Wochen lang ein Mal pro Woche E-Mails mit informativen und motivierenden Inhalten und Verweisen auf interessante Angebote auf der Rauchfrei-Internetseite. Dort kann auch eine Beratung mit einem Mitglied des Rauchfrei-Teams per Chat in Anspruch genommen werden.

2.2 Indikative Suchtpräventionsprogramme für riskant Alkoholkonsumierende

- www.alcoholscreening.org
  Dieses Angebot wurde in den USA eingerichtet. Es wird betrieben von dem Projekt „Join Together" an der Boston University School of Public Health. Die Zielgruppe sind vor allem Menschen, die zunächst nur vermuten, dass sie riskant Alkohol konsumieren. Diese Gruppe soll motiviert werden, weniger zu trinken.
  Geboten wird ein Selbsttest. Ein weiteres wichtiges Element des Internet-Angebotes ist es, dass viele Anstrengungen unternommen werden, für seine Verbreitung zu sorgen. Das reicht von einem bereitgestellten Infoflyer, der eigenen Schreiben beigefügt werden kann, über Aufrufe, in der Lokalpresse darüber zu berichten, bis hin zu einem so genannten „Syndikalisierungsprogramm", mit dem die Angebote von alcoholscreening.org in die eigene Internetseite eingebunden werden können.
- www.downyourdrink.org.uk
  Das Programm „Down your drink" wurde entwickelt an der University College London Medical School in

Großbritannien. Auch hier steht ein Selbsttest am Anfang. Aufgebaut ist „downyourdrink“ als Eigenmotivierungsprogramm, das zunächst dafür sensibilisieren soll, dass der eigene Alkoholkonsum möglicherweise riskant ist. Über automatisiert erzeugte nutzerspezifische Inhalte sollen die Teilnehmenden dann ihren Konsum reduzieren.

2.3 Suchtpräventionsprogramme für Cannabis-Abhängige

Beispiele für Suchtpräventionsprogramme im Internet für Cannabis-Konsumierende sind:

- www.knowcannabis.org.uk
  Dieses Programm ist ursprünglich durch die niederländische Einrichtung „JellinekMentrum“ entwickelt worden und wird nun betrieben von der britischen Organisation „HIT“ aus Liverpool. „Knowcannabis“ bietet Informationen zur Substanz und ein internetgestütztes Ausstiegs- bzw. Reduktionsprogramm. Dazu wird der Nutzer oder die Nutzerin durch einen fünfstufigen Registrierungsprozess geführt. Erfasst wird in Form eines Protokolls der Konsum der vorangegangenen Woche, eine Pro- und Contra-Liste zum eigenen Konsumverhalten sowie selbstgewählte Zielsetzungen zu angestrebten Verhaltensänderungen.

  Nach der Registrierung erhalten die Nutzenden die Möglichkeit, eine Art Tagebuch zu führen und zu protokollieren, ob sie Cannabis konsumiert haben oder nicht. Im Falle des Konsums werden die Rahmenbedingungen und die Gründe dafür erfragt. Regelmäßig erhalten die Teilnehmenden Rückmeldungen in Form von grafisch aufbereiteten Überblicken über die Entwicklung des eigenen Konsums.

- www.cannabisondercontrole.nl
  Dieses niederländische Programm ist noch neu und existiert seit Anfang des Jahres 2008. Betreiber ist die niederländische Präventionseinrichtung Brijder. Geboten wird Online-Beratung. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer müssen sich registrieren, erhalten die Möglichkeit, mit einem Selbsttest den eigenen Konsum einzuschätzen und können sich Ziele zur Verhaltensänderung setzen. In der Folge bekommen sie eine persönliche Begleitperson, die sie online kontaktieren können. In einem Forum können Fragen von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern unter Begleitung von Fachkräften diskutiert werden.

Das Beispiel: Quit the shit

„Quit the shit“ versteht sich als Informations- und Beratungsservice für Cannabis-Konsumierende mit dem Ziel der Konsumreduktion. Es ist Teil des Drugcom-Angebotes. Betreiber ist somit die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Das Programm ist angelegt auf 50 Tage. Interessierte steigen mit einem automatisierten „Eingangsscreening“ ein. Optional besteht nach vorheriger Anmeldung die Möglichkeit eines Aufnahme-Chats. Dieser dauert zirka eine Stunde. In diesem computervermittelten Gespräch wird ein realistisches Ziel formuliert, dass der Teilnehmende sich für das 50-Tage-Programm setzen möchte. Hierbei werden die Nutzungsmuster ermittelt, aber auch, ob eine psychiatrische Komorbidität besteht. Bei der Evaluation wurde festgestellt, dass 40 Prozent der Interessierten eine behandlungsbedürftige psychische Störung über ihre Cannabisabhängigkeit hinaus aufgewiesen haben. Sie wurden erst in das Programm aufgenommen, wenn sie deswegen eine konventionelle Therapie aufgesucht hatten.

Während der Laufzeit des Programms führen die Nutzerinnen und Nutzer ein Konsumtagebuch. Darin verzeichnen sie, ob sie am bewussten Tag Cannabis konsumiert haben oder nicht. Falls ja, wird ein Eingabeformular eingeblendet, das zur Beschreibung der Konsumsituation auffordert. Wird die Konsum-Frage abschlägig beantwortet, erscheint ein anderes Formular, das die „Erfolgsfaktoren" ergründet, die den Nicht-Konsum begünstigt haben.

Die Tagebücher werden durch Beraterinnen und Berater von „Quit the shit" gesichtet. Ein Mal pro Woche erhalten die Schreiberinnen und Schreiber der Tagebücher ausführliche und individuelle Rückmeldungen durch die Beraterinnen und Berater.

„Quit the shit" wurde im Jahr 2007 evaluiert (veröffentlicht in Tensil, Jonas, Tossmann 2007). Für die Evaluation wurden 427 Teilnehmende befragt. Sie nahmen an einer Eingangs- und einer Abschlussbefragung sowie – im Abstand von jeweils drei Monaten – an zwei Nachbefragungen teil. 77 Prozent der Befragten waren Männer, 23 Prozent Frauen. Das Durchschnittsalter betrug 24,2 Jahre. 87 Prozent der Befragten wurden als cannabisabhängig eingeschätzt. In den Befragungen wurde jeweils die Konsummenge und die Konsumfrequenz der Teilnehmenden ermittelt. Zudem wurden in den Abschluss- und Nachbefragungen Fragen nach der Zufriedenheit und der Weiterempfehlungsabsicht bzw. den getätigten Weiterempfehlungen gestellt.

Grundsätzlich ergab die Evaluation, dass 37 Prozent aller teilnehmenden Personen das reguläre Ende des Programms erreichten, also bis zum Ende durchhielten und mitmachten, unabhängig davon, ob und wie stark sie ihren Konsum reduzierten. Verglichen mit Programmen, die den Nutzer-Inhalt vollautomatisch generieren, ist dies ein sehr zufriedenstellender Wert. Als Faustregel kann gelten, dass die besonders stark konsumierenden Nutzerinnen und Nutzer eher nicht das reguläre Ende des Programms erreichten. „Quit the shit" eignet sich also besonders, bei den gering bis mäßig Cannabis Konsumierenden eine nachhaltige Verhaltensänderung zu erreichen.

Wie sich die Konsumtage pro Monat und die Menge des konsumierten Cannabis' bei der Gruppe entwickelten, die das Programm regulär beendet hatten, zeigt Abbildung 3. Zu Beginn des Programms konsumierten sie an 22 Tagen des Monates. Bei der Abschlussbefragung waren es 7 Tage, drei Monate später 11 Tage. Eine Reduzierung des Konsums von über 20 Konsumtagen auf unter 15 Konsumtage wurde auch bei den vorzeitigen Abbrechenden erreicht. Das geht aus Abbildung 4 hervor.

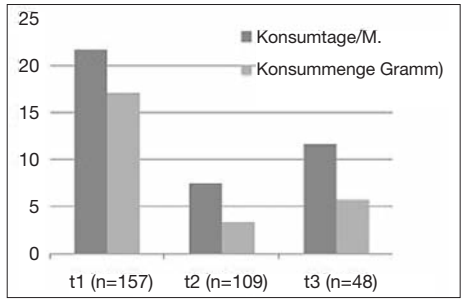


Abb. 3: Durchschnittliche Frequenz und Menge des Cannabiskonsums der letzen 30 Tage bei regulärem Abschluss des Programms

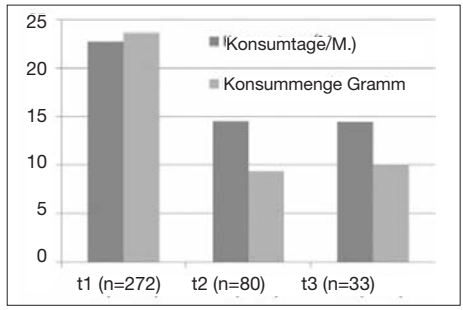


Abb. 4: Durchschnittliche Frequenz und Menge des Cannabiskonsums der letzten 30 Tage bei vorzeitigem Abbruch des Programms

3 Zusammenfassung und Perspektiven

Das Internet ist ein geeignetes Medium für Suchtprävention und -intervention. Sein Potenzial in dieser Hinsicht ist noch lange nicht ausgeschöpft. Erfolgsfaktoren für das große Wirkungspotenzial sind die leichte Zugänglichkeit der Angebote, die räumliche und zeitliche Unabhängigkeit sowie der Wegfall einer gewissen Schamgrenze, die bei Präsenzberatungen eine restriktive Rolle spielen kann. Das Internet ist besonders geeignet, neue Zielgruppen für die Suchtprävention zu erschließen. Bei „Quit the shit" ergab die Evaluation, dass 70 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bislang durch andere Angebote der Suchtprävention und -hilfe nicht erreicht worden waren. Derzeit gilt die gute Erreichbarkeit vor allem noch für die formal besser gebildeten Schichten. 50 bis 60 Prozent der Quit-the-Shit-Teilnehmenden haben Abitur.

Besonders hilfreich ist das Internet für Aktivitäten der Frühintervention. Konsumierende mit schweren und chronischen Problemen werden aller Erfahrung nach an irgendeinem Punkt ihrer Suchtkarriere durch die herkömmlichen Einrichtungen der Suchthilfe erreicht.

In der Zukunft werden noch mehr suchpräventive Aktivitäten den Weg ins Internet finden. So lässt sich die Ausgangsfrage beantworten, die den Titel der Jahrestagung der LWL-Koordinationsstelle Sucht bildete: „In Zukunft alles online?" Klassische Face-to-Face-Beratung und -Hilfe wird aber auch zukünftig eine unverzichtbare Ergänzung bleiben. Diese Überzeugung vertreten beispielsweise auch die Beraterinnen und Berater bei „Quit the shit". Vielfach arbeiten sie in ihren virtuellen Gesprächen darauf hin, die Klientinnen und Klienten in die klassischen Suchtberatungsstellen weiter zu vermitteln.

Auch regional tätige Beratungs- und Fachstellen sollten – falls sie es noch nicht tun – das Internet nutzen. Zu empfehlen ist ihnen, eigene Informationsseiten zu ihrer lokalen Arbeit online zu stellen, sich ansonsten aber mit anderen Internet-Angeboten zu vernetzen, wenn es um Online-Beratungs- oder Hilfsangebote geht.

Literatur

Aveyard, P. Griffin, C., Lawrence, T. & Cheng, K.K. (2003). A controlled trial of an expert system and self-help manual intervention based on the stages of change versus standard self-help materials in smoking cessation. *Addiction, 98,* 345-54.

Borland R., Balmford, J. & Hunt, D. (2004). The effectiveness of personally tailored advice letters for smoking cessation. *Addiction, 99,* 369-377.

Dijkstra, A., De Vries, H. Roijacker, J. & van Breukelen, G. (1998). Tailored interventions to communicate stage-matches information to smokers in different motivational stages. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 549-547.

Prochaska J.O. & Di Clemente C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking. Toward an integrativ model of change. *J. Consult Clin Psychol. 51.* 390-395.

Sidler, J. (2007). Systematik der SFA. Nationale Fachtagung „Worauf basiert die Suchtprävention?" www.sfa-ispa.ch

Tensil, M.-D., Jonas, B. & Tossmann, H. P. (2007). drugcom.de - Modellhafte Suchtprävention im Internet. Jahres- und Evaluationsbericht 2005. Forschung

und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 32. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P., Marshall, D.G. Streke, A.V. & Stackpole, K.M. (2000). School-based adolecent drug prevention programs: 1998 meta-analysis, *Journal of Primary Prevention 20 (4)*. 275-336.

Velicer, W.F., Norman, G.J. Fava, J.L. & Prochaska, J.O. (1999). Testing 40 predictions from the transtheoretical model. *Addictive Behaviors, 24,* 455-469.

Velicer & Prochaska (1999).

Weitere Literaturangaben bei Herrn Dr. Tossmann

Onlineberatung im Suchtbereich- Ein Erfahrungsbericht aus der Schweiz

Sabine Dobler

1 Wer ist die SFA?

Die SFA ist eine Schweizerische Stiftung. Sie ist in politischer, konfessioneller, finanzieller und wissenschaftlicher Hinsicht unabhängig.

Die SFA will Probleme verhüten, die aus dem Konsum von Alkohol und anderen Drogen hervorgehen. Leiden und Schäden, die durch den Konsum von psychoaktiven Substanzen für die Konsumierenden, ihnen Nahestehende und die Gesellschaft entstehen, sollen vermindert werden (aus der Charta).
Mehr Informationen zur SFA: www.sfa-ispa.ch

2 Internetberatung: Vorteile und Nachteile

Onlineberatung ist mit verschiedenen Vor- und Nachteilen verknüpft. Zu den Vorteilen gehören insbesondere die tiefe Zugangsschwelle und die durch die Anonymität erleichterte Selbstöffnung.

Zu den Nachteilen gehören die Grenzen der Ausdrucksmöglichkeiten (Kompetenz, sich schriftlich auszudrücken, Wegfall der nonverbalen Kommunikation), Herausforderungen bezüglich Datenschutz oder die erst beschränkt vorhandenen Evaluationen.

3 Online-Beratungsangebote in der Schweiz

In der Schweiz gibt es mittlerweile ein breites Angebot von Onlineberatung. Die Tabelle zeigt ein paar Beispiele von Onlineberatungsangeboten, die ausschließlich oder teilweise auf Drogenfragen antworten.

Beispiele von Onlineberatungsangeboten «.ch»,
die ausschließlich oder unter anderem das Thema psychoaktive Substanzen bearbeiten.

SEITE	ZIELGRUPPE	RUBRIK
www.tschau.ch www.ciao.ch	Jugendliche	Infos, Beratung
www.feelok.ch	Jugendliche	Infos, Tests, Beratung
www.eve-rave.ch	„user“	Infos, moderiertes Forum
www.realize-it.ch	Cannabiskons.	Infos, Beratung, Test
www.samowar.ch	13- bis 25-Jährige	Beratung
www.suchthilfe-avs.ch	Alle Altersgruppen	Beratung
www.143.ch	Alle Altersgruppen	Beratung
helpomail VEVDAJ	Angehörige	Beratung
www.blaueskreuz.ch	Alle Altersgruppen	Beratung
www.sfa-ispa.ch	Alle Altersgruppen	Infos, Beratung

4 Das Angebot der SFA: Informationen und Beratungen Online

Die SFA beantwortet seit 1997 Fragen rund um psychoaktive Substanzen auch online. Die Anzahl der Anfragen hat in den vergangenen Jahren stetig abgenommen. Die Gründe dafür sind vielfältig. Bestimmt hängt dies auch damit zusammen, dass in den vergangenen Jahren viele Organisationen solche Angebote aufgebaut haben. Zudem haben wir unsere Website inhaltlich so ausge-

baut, dass viele Informationen schon so zur Verfügung stehen und nicht mehr individuell erfragt werden müssen.

Die Ratsuchenden wählen ein Pseudonym. Die Anfragenden können wählen, ob ihre Frage und die Antwort auf der Website sichtbar sein sollen oder ob sie nur von ihnen privat gelesen werden können.

Wir bitten die Anfragenden um Angabe ihres Geschlechts, des Geburtsjahres und des Wohnkantons. Die Kenntnisse über das Geschlecht und das Alter sind für die meisten Fragestellungen wichtig, um eine möglichst passende und angemessene Antwort geben zu können. Mit dem Wissen über die Wohnregion können wir gezielt Hinweise auf Fachstellen geben.
Es suchen mehr Frauen als Männer online Rat. Dies ist auch bei telefonischen Kontakten erkennbar. Eher wenige Jugendliche wenden sich an uns. Für diese Altersgruppe gibt es andere, spezialisierte Onlineberatungs-Angebote (z.B. tschau.ch). Die meisten Anfragen stammen von Personen zwischen 18 und 47 Jahren. Die meisten Anfragen betreffen die Substanz Alkohol. Es folgen Cannabis, Kokain, Heroin. Anfragen zu anderen Substanzen sind seltener.

Grundsätzlich können zwei Fragetypen unterschieden werden: Wissensfragen und Beratungsfragen.
Etwa 55% aller Anfragen betreffen *problematische Konsumsituationen,* das heißt es handelt sich um Beratungsfragen im engeren Sinn. Davon sind etwa 60% Anfragen, in denen Angehörige Rat suchen, weil ein Familienmitglied oder eine andere nahestehende Person Alkohol oder eine andere Substanz auf problematische Weise konsumiert. Rund 40% sind Anfragen von Personen, die sich wegen des eigenen Konsums an uns wenden. Solche Beratungskontakte sind in der Regel Kurzinterventionen, in denen Hilfestellungen zur Einschätzung der Situation gegeben werden, grundlegende Informationen vermittelt werden und die Ratsuchenden ermutigt werden, nächste Schritte zu unternehmen. Oft informieren wir in unseren Antworten über passende Beratungsstellen in den Regionen.

Etwa 45% aller Anfragen sind Fragen nach Informationen. Erfragt werden allgemeine Informationen zu verschiedenen Substanzen, Informationen zu Wirkungen und Risiken, zu Nachweisbarkeit, Behandlung oder gesetzlichen Grundlagen.

5 Antworten formulieren

Ein wichtiges Element einer beratenden Antwort ist ein empathisches Feedback, welches Verständnis für die Situation der Anfragenden ausdrückt. Zentrale Ziele einer Antwort sind Wege aufzuzeigen ohne direktiv zu sein. Die Ratsuchenden werden auf eigene Ressourcen hin sensibilisiert und sie werden motiviert, nächste Schritte zu unternehmen. Jede Frage wird als eine neue Frage behandelt und individuell beantwortet. Wenn bestehende Textteile übernommen werden, werden diese immer angepasst.

In der Regel antworten wir innerhalb von drei Arbeitstagen. Der Arbeitsaufwand für Informationsfragen bewegt sich zwischen 10 und 15 Minuten. Antworten auf Beratungsanfragen sind aufwändiger. Wir benötigen dafür zwischen 45 Minuten und 1 Stunde.

6 Qualitätssicherung

Besondere Kompetenzen für die Onlineberatung gehören zu den Kriterien, die bei einer Neuanstellung mit einbezogen werden. Die neuen Mitarbeiter/innen werden dann intern sorgfältig auf diese Auf-

gabe vorbereitet und während einiger Zeit – abhängig von ihrer Vorerfahrung – relativ eng begleitet.
Die eingehenden Fragen werden grundsätzlich gleichermaßen auf alle Mitarbeitenden der Präventionsabteilung verteilt. Dies ist insofern relevant, als dass es uns wichtig ist, dass alle Mitarbeitenden sich kontinuierlich mit dieser Form von Arbeit befassen und so ihre entsprechenden Kompetenzen aufrecht erhalten und ausbauen.

Bei Unsicherheiten in der Beantwortung einer Frage kann jederzeit eine Kollegin oder ein Kollege um Rat gefragt werden. Rund vier Mal im Jahr findet eine Intervisions-Sitzung statt, in der wir Fragen und Antworten besprechen, die besondere Aufmerksamkeit verlangt haben. Punktuell finden Schulungen mit externen Fachpersonen statt.

7 Stolpersteine, auf die man achten muss

Bestimmte Themen können wir als Organisation nur ansatzweise abdecken. Wir können nicht zu jedem Thema und in jeder Situation angemessene Hilfestellung bieten. Dies gilt zum Beispiel für juristische oder medizinische Fragen. Wir kommunizieren die Grenzen unserer Möglichkeiten und geben Hilfestellung, passende Anlaufstellen zu finden.

Mit Unklarheiten muss man vorsichtig umgehen, Unsicherheiten im Verstehen werden kommuniziert und wir fragen nach.

Informationsfragen haben nicht selten auch Beratungsaspekte. Bei Fragen nach Informationen wird abgewogen, wie weit und in welcher Form in der Antwort auch ein beratendes Element vorhanden sein sollte.

Einzelne Ratsuchende wenden sich über einen längeren Zeitraum immer wieder mit einer ähnlichen Frage an uns. Wir wiederholen in einem solchen Fall in unseren Antworten jeweils Grundsätzliches und beziehen uns auf die wiederkehrende Situation, indem wir der Person Hilfestellungen geben, zu reflektieren, was es damit auf sich hat, dass sie immer wieder vor ähnlichen Fragen steht.

Es ist wichtig und eine fortwährende Herausforderung, in einer angemessenen Sprache zu schreiben. Die Sprache muss der Frage angepasst werden.

Bei Fragen aus dem Ausland fehlt uns zum Teil das Wissen um Angebote bzw. Kontaktadressen von passenden Fachstellen.

Der Arbeitsaufwand ist schwierig zu planen, man weiß nie, mit wie vielen Fragen man rechnen muss.

8 Fazit

Onlineberatung ist eine gute Ergänzung zum sonst bestehenden Beratungsangebot.

Onlineberatung erleben wir nicht als „kaltes“ Medium. Es ermöglicht durchaus eine persönliche Form der Kommunikation.

Onlineberatung ist für viele Personen eine willkommene Form, einen Erstkontakt zu knüpfen.

E-Therapie der Sucht in den Niederlanden

Erste Erfahrungen mit Selbsthilfe für Problemtrinkende über das Internet

Udo Nabitz,

Roel Kerssemakers,

Matthijs Blankers,

Mark H. Schramade,

Gerhard Schippers,

Alle Amsterdam, NL

Ergänzung:
Dieser Artikel ist die deutsche überarbeitete Version des Niederländischen Artikels: Blankers, M., Kerssemakers, R., Schramade, M. & Schippers, G. (2007). Eerste ervaringen met internet-zelfhulp voor probleemdrinkers. Maandblad Geeestelijke volksgezondheid, 12, 62 p: 1032-1043.

Ein ähnlicher deutscher Artikel wurde in der Zeitschrift Sucht publiziert. Blankers, M., Nabitz, U., Kerssemakers, R., Schramade, M. & Schippers, G. (2008). Internetprogramm Selbsthilfe Alkohol: Erste Ergebnisse. Sucht 54, 5, p: 280-288.

Zusammenfassung

In diesem Artikel wird das Internet Selbsthilfe Modul Alkohol des Jellinek Zentrums in Amsterdam dargestellt und seine Evaluation. Die Internet Selbsthilfe ist modular aufgebaut und beruht auf den Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie. Im Rahmen einer ersten Evaluationsstudie wurden über das Internet unter den Teilnehmenden Fragebogen verteilt. Die Ergebnisse aus der Erhebung nach der Teilnahme an dem Selbsthilfe Modul sind viel versprechend: 12% der Teilnehmenden hörten mit dem Trinken auf und weitere 18% reduzierten ihren Alkoholkonsum beträchtlich. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass diese Form der Selbsthilfe genutzt werden kann, um das Angebot der Suchthilfe zu erweitern und zugänglicher zu machen. Randomisierte Effektstudien werden derzeit durchgeführt.

Einleitung

Menschen die ein Problem mit dem Trinken haben, suchen nicht so einfach professionelle Hilfe. Sie machen jedoch schneller den Schritt zur Selbsthilfe über das Internet. Im Internet kann man anonym, aber mit persönlicher Hilfestellung das eigene Trinkverhalten analysieren, evaluieren und den Konsum reduzieren.

Als Quelle von Informationen zur Gesundheit ist das Internet in den Niederlanden sehr populär. Aus einer Untersuchung im Auftrag des Rates für die Volksgesundheit und des Gesundheitswesen (vgl. Van Rijen 2005) hat sich ergeben, dass die Niederländer öfter als die Einwohner in den Nachbarländern vom Internet Gebrauch machen, um Informationen zu Gesundheitsproblemen zu suchen. Drei Viertel der Internetnutzenden in den Niederlanden haben im Jahre 2005 im Netz Informationen über Gesundheitsfragen gesucht und gefunden (Rat für die Volksgesundheit und das Gesundheitswesen, RVZ 2005). Es liegt daher auf der Hand, das regulär vorhandene Angebot an Dienstleistungen im Gesundheitswesen zu erweitern, um Hilfeleistungen bei Gesundheitsproblemen im Internet einfacher zu finden. Vor allem bei der *psychischen / psychiatrischen* Gesundheitspflege wächst das Angebot an Therapien ständig: in ihrer *Programmierungsstudie zur psychischen / psychiatrischen Gesundheitspflege im Internet* beschreiben Riper u.a. (2007) vierzehn verschiedene Therapien für Depressionen, sechs für Angststörungen, siebenundzwanzig für eine Reihe diverser psychischer Beschwerden und achtzehn für problematisches Trinkverhalten.

Die wissenschaftlichen Belege für die Effektivität von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen über das In-

ternet kumulieren sich nach und nach. Spek u.a. (2006) haben die Ergebnisse von zwölf kontrollierten Versuchen mit Zufallsstichproben mit einander verglichen. Diese Meta-Analyse umfasste Untersuchungen nach Behandlungen bei Angststörungen und Depressivität und man fand dabei jeweils große und kleine Effekte im Vergleich mit den Kontrollgruppen. Behandlungen, die E-Mail-Kontakte mit der behandelnden Person umfassten, erreichten bessere Resultate.

Über den Nutzen von Behandlungen über das Internet bei problematischem Gebrauch von Alkohol oder Drogen ist bisher noch wenig publiziert worden (Copeland & Martin 2004).

Dennoch gibt es auf diesem Gebiet verschiedene Initiativen. Das niederländische Nationale Institut für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (Nationaal Instituut voor Gezondsheidsbevordering en Ziektepreventie NIGZ) hat die Website www.drinktest.nl (Trinktest) entwickelt, mit Informationen über und Ratschlägen zum Alkoholkonsum. Das Trimbos-Institut hat (in Zusammenarbeit mit der Jellinek Klinik und dem NIGZ) eine ähnliche Website entwickelt – www.minderdrinken.nl (weniger trinken). Tactus behandelt Personen mit Alkoholabhängigkeit im Internet online über die Website www.alcoholdebaas.nl (dem Alkohol Herr werden). Die Brijder Verslavingszorg (ein Teil der Parnassia Gruppe) hat eine Form von kognitiver Verhaltenstherapie (Training von Lebensstilen und -weisen) über das Internet für Personen mit Alkohol- oder Spielsucht entwickelt. Auch das Jellinek Zentrum, jetzt Teil der Arkin Gruppe, ist auf diesem Gebiet aktiv.

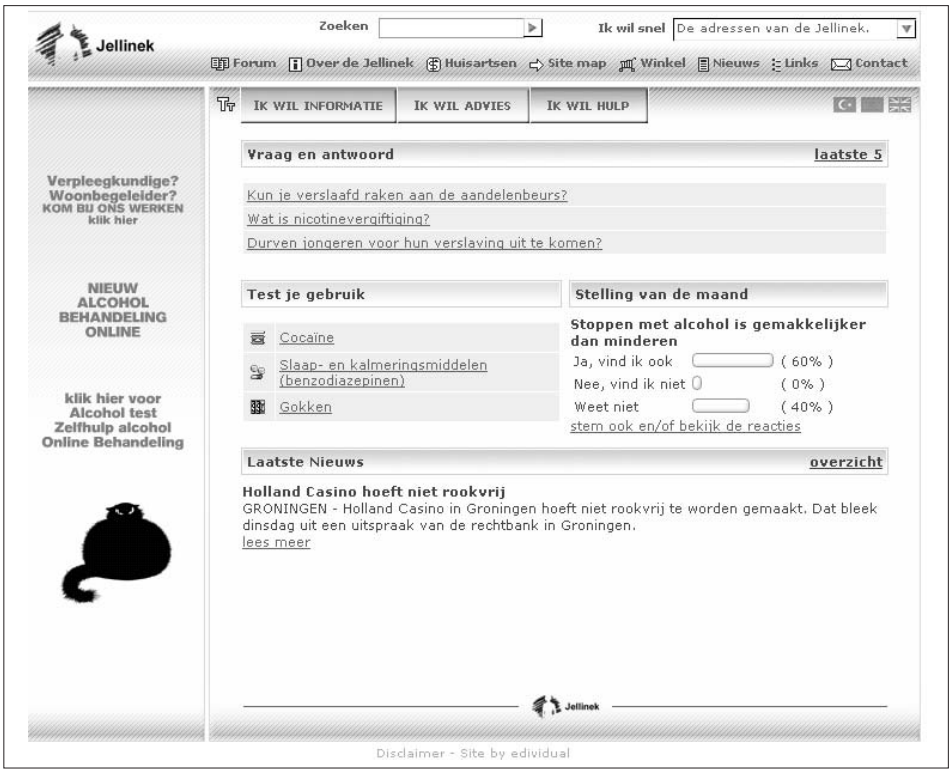
Das Jellinek Zentrum bietet seit dem Jahre 2002 unter der Web-Adresse www.jellinek.nl so genannte *Selbsthilfe-Module* an. Zu Anfang wurden auf der Website vor allem allgemeine Information angeboten. Es stellte sich heraus, dass ein erheblicher Teil der Besuchenden das Bedürfnis nach Ratschlägen hatte, die auf ihre spezielle Situation zugeschnittenen waren. Aus diesem Grunde entwickelten wir die Selbsthilfe-Module für den Online-Gebrauch.

Besuchende der Website www.jellinek.nl können sich auf der Homepage per Mausklick in drei Hauptrichtungen weiter bewegen. Eine Richtung führt zu Informationen über Mittel, Risiken und Abhängigkeit. Die zweite bringt sie zu Ratschlägen über ihren eigenen Konsum von verschiedenen Mitteln (Alkohol, Drogen) und den von anderen Personen in ihrer Umgebung. Hier finden sie unter anderem Möglichkeiten den eigenen Konsum zu testen, Tipps um mit jemandem aus ihrer näheren Umgebung, der auf problematische Weise konsumiert, ein Gespräch zu führen, und eine Verbindung zum Jellinek Jugendnetz. Die dritte Richtung eröffnet ihnen den Zugang zu den Selbsthilfe-Modulen, die den Besuchenden Einsicht in ihre eigenen Konsummuster verschaffen und ihnen Rat und Unterstützung bieten, wenn sie das Muster ihres Konsumverhaltens verändern wollen. Der Ausgangspunkt der Selbsthilfe-Module besteht darin, dass die Teilnehmenden ohne geregelten Kontakt mit einer behandelnden Person an der Veränderung ihres Verhaltens arbeiten. Der Gebrauch der Selbsthilfe-Module ist gratis, so dass die Zugangsschwelle niedrig ist.

1 Internet Selbsthilfe Modul Alkohol

Mit Hilfe dieser Selbsthilfe-Module können Menschen sich selbst dabei helfen, ihren Konsum zu vermindern oder ganz damit aufzuhören. Wer das Bedürfnis dazu hat, kann zu bestimmten Zeiten mit

einem der behandelnden Expert/innen der Jellinek Klinik chatten oder E-Mails austauschen. Die Selbsthilfe-Module sind auf der Grundlage von Protokollen für die kognitive Verhaltenstherapie bei Alkoholproblemen entwickelt worden. Diese werden in der Suchthilfe unter dem Namen Lebensstiltraining angewandt (CCBT) (De Wildt 2000). Alkohol- oder Drogenkonsum werden als ‚kontextabhängiges', angelerntes Verhalten betrachtet. Die Intervention besteht darin, die Umgebungsfaktoren, die zum Konsum führen zu erkennen und zu ver-



Website Jellinek Zentrum

meiden lernen, andere Arten und Weisen zu suchen, um Emotionen oder Impulse regulieren zu können und aus dem Trainieren von Fähigkeiten, um der Lust auf den Konsum (craving) zu widerstehen (Waldron & Kaminer 2004).

Das Einschreiben und die Teilnahme an den Selbsthilfe-Modulen geschehen automatisch. Dadurch ist die Anzahl der Personen, die zur gleichen Zeit online sein können, nicht abhängig von der Verfügbarkeit von behandelnden Expert/innen. Um sich bei einem Selbsthilfe-Modul einschreiben zu können, muss man sich einloggen. Die Teilnehmenden können sich selbst einen Benutzernamen

und ein Kennwort geben, so dass ihre Privatsphäre und ihre Anonymität gewahrt bleiben. Wenn sie es wünschen, können sie per E-Mail eine automatische Erinnerung bekommen, wenn sie das Selbsthilfe-Modul zwei Wochen lang nicht besucht haben.

In der Abbildung 1 werden die verschiedenen Bestandteile des Selbsthilfemoduls Alkohol wieder gegeben. Im ersten Teil wird die/der Teilnehmende nach seinem Alkoholkonsum während der vergangenen Woche gefragt. Anschließend werden die Vor- und Nachteile des Konsums in eine Reihenfolge gebracht und Ziele gesetzt: den Konsum vermindern oder ganz damit aufhören? Auch wird untersucht, wie man diese Ziele erreichen kann. Am Ende dieses ersten Teils bekommt der Teilnehmer oder die Teilnehmerin einen Rat, wie er oder sie mit den Gefühlen der Sucht oder des Verlangens nach Alkohol umgehen kann. Insgesamt besteht dieser erste Teil aus sechs Schritten. Der zweite Teil des Selbsthilfe-Moduls besteht aus sechs Behandlungsabschnitten, einer Übersicht über die erzielten Resultate und vier Leseaufgaben. In einem Forum können die Teilnehmenden miteinander in Kontakt kommen. Daneben bietet das Modul eine Vorrichtung, um per E-Mail mit der Jellinek Klinik Kontakt aufzunehmen.

Die Behandlung ruht auf vier Säulen. Die erste Säule ist das Berichterstatten über den Alkoholkonsum, die Risikosituationen und das Setzen von Zielen. Jeden Tag trägt der Teilnehmer oder die Teilnehmerin in ein Formular ein, wie viel er oder sie am Tag zuvor getrunken hat und beschreibt dabei die Umgebungsfaktoren. Das hilft dabei, Risikosituationen zu erkennen und sie zu benennen.
Die zweite Säule besteht darin, dass die Teilnehmenden ein regelmäßiges Feedback erhalten. Das Feedback wird automatisch erzeugt auf der Grundlage des von der teilnehmenden Person selbst registrierten Alkoholkonsums, der mit den gesetzten Zielen verglichen wird. Auf

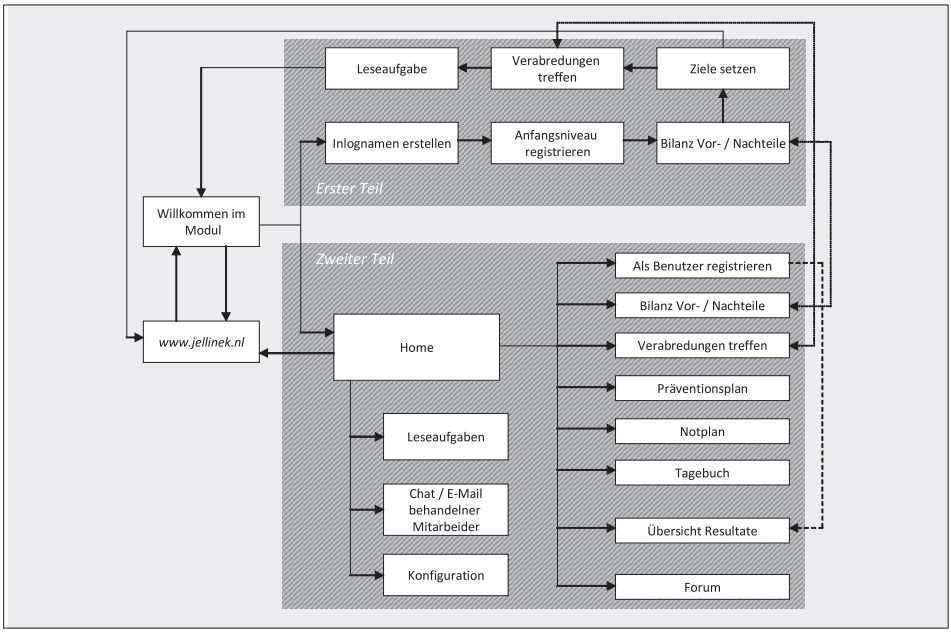


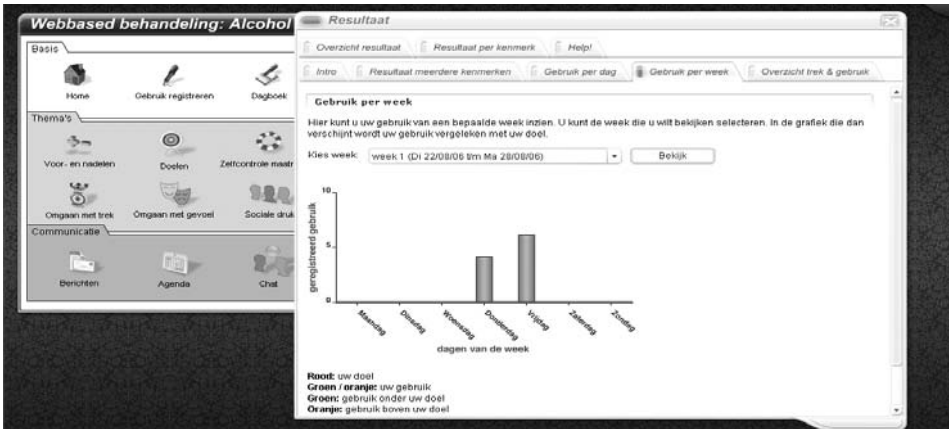
Abbildung 1: Bestandteile des Internet Selbsthilfe-Moduls Alkohol

diese Art und Weise wird es für die Teilnehmenden selbst einsehbar, in wie weit sie die Ziele, die sie sich selbst gesetzt haben, erreichen und wie ihr Alkoholkonsum sich entwickelt.

Die dritte Säule bildet das Erlernen von Fertigkeiten und das Einsicht verschaffen in die Muster des eigenen Alkoholkonsums. Die Teilnehmenden erhalten Leseaufgaben über den Umgang mit dem Verlangen nach Alkohol und mit sozialem Druck, über Motivationen und über die Einschätzung von Risikosituationen. Daneben werden sie dazu ermuntert, ein fragmentarisches Tagebuch zu führen (sie bekommen dafür Platz, um Aufzeichnungen machen zu können) und diese Tagebuchfragmente können später nach gelesen werden. Auch lernen sie, Risikosituationen zu antizipieren, in denen sie leicht zum Trinken verleitet werden können.

Kontakt mit Leidensgenossen zu unterhalten ist die vierte Säule. In dem Forum können die Teilnehmenden ihre Erfahrungen mit der Selbsthilfe miteinander besprechen und auf andere reagieren. So entsteht eine Selbsthilfe-Gruppe im

Screenshot 2 *Erfassen des Alkoholkonsums*



Screenshot 3 *Feedback über den Alkoholkonsum*

Netz (online), in der die Teilnehmenden einander unterstützen, sich gegenseitig motivieren und beraten können. Auch können sie mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Jellinek Stiftung in Kontakt treten. An jedem Arbeitstag ist eine Mitarbeiterin oder ein Mitarbeiter online anwesend, die/der (über die Chat-Funktion) Fragen beantworten kann. Per E-Mail kann man die Jellinek Stiftung selbstverständlich auch erreichen.

2 Evaluation des Internet Selbsthilfe Moduls Alkohol

Zwischen September 2003 und Juli 2005 wurden auf der Website www.jellinek.nl über 3300 Einlognamen (Benutzernamen) neu eingetragen; das sind im Durchschnitt 150 pro Monat. Diejenigen, die sich auf der Website eintrugen, wurden nach ihrem Geschlecht, Alter, Ausbildungsniveau, ihrem Wohnort und ihrer E-Mail-Adresse gefragt. 1975 Teilnehmende gaben eine funktionierende E-Mail-Adresse an. Die Teilnehmenden wurden auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, sich eine Hotmail-Adresse zu beschaffen, wenn sie auf ihrer regulären E-Mail-Adresse keine Post von der Jellinek Stiftung empfangen wollten.

Um zu untersuchen, wer von diesem Internet-Modul Gebrauch machte, wie lange die Teilnehmenden das schon taten, ob sie damit zufrieden waren und ob die Teilnahme an dem Programm mit einer Veränderung ihres Trinkverhaltens einher ging, haben wir von anonymisierten Behandlungsdaten Gebrauch gemacht, die wir zum Teil dem Datenbestand entnommen haben, in dem die Aktivitäten im Selbsthilfe-Modul gespeichert werden[1], und auch von den Fragebögen, die wir den Teilnehmenden im Juni 2005 zugeschickt haben. Die Fragen in diesem Fragebogen bezogen sich auf demographische Merkmale, auf den Alkoholkonsum der Teilnehmenden während der vergangenen Woche, und auf ihre Zufriedenheit mit dem Selbsthilfe-Modul. Die Fragen nach der Zufriedenheit der Benutzer/innen hatten wir aus dem GGz-Thermometer (Kok & Mulder 2005) übernommen, das auch in der Evaluation der regulären Behandlungen in der Jellinek-Klinik Verwendung findet. Im Juni 2005 verschickten wir den Fragebogen per E-Mail an alle Teilnehmenden, die eine E-Mail-Adresse angegeben hatten (n=1975). Den Fragebogen konnte man bis zu einer Woche später ausgefüllt zurück schicken.

Wir haben den Alkoholkonsum der Teilnehmenden auf zwei verschiedene Arten berechnet. Im ersten Teil des Selbsthilfe-Moduls wird nach ihrem Alkoholkonsum während der vergangenen Woche gefragt. Für jeden Tag wird gefragt, wie viel „Standard-Gläser" Alkohol sie getrunken haben. Diese Daten haben wir als erste Messung benutzt.

Während der Teilnahme am zweiten Teil des Selbsthilfe-Moduls zeichnet die teilnehmende Person an jedem Tag alle Risikosituationen und seinen / ihren eventuellen Alkoholkonsum auf. Auf dieser Grundlage konnten wir ihren Alkoholkonsum während der Teilnahme an dem Modul berechnen. In dem Fragebogen wurde auf dieselbe Weise wie im ersten Teil des Selbsthilfe-Moduls nach dem Alkoholkonsum während der vergangenen Woche gefragt. Diese Daten betrachteten wir als die zweite Messung. Dadurch, dass diese zu ein und demselben Zeitpunkt stattfanden, während die Teil-

1 Die Norm der WHO für verantwortbaren Alkoholkonsum beschreibt einen maximalen Konsum von 21 Standardgläsern alkoholhaltiger Getränke pro Woche für Männer und von 14 Standardgläsern alkoholhaltiger Getränke pro Woche für Frauen.

nehmer/innen zu verschiedenen Zeiten mit dem Modul angefangen hatten, fand die zweite Messung für einige Teilnehmer/innen kurz nach ihrer Teilnahme statt, während andere schon längere Zeit mit dem Selbsthilfemodul fertig waren.

2.1 Die Teilnehmenden

Die Teilnehmenden können auf Grund ihrer Teilnahme an dem Selbsthilfe-Modul in drei Gruppen eingeteilt werden. Abbildung 2 gibt einen Einblick in diese Einteilung.

Ungefähr 65% (n=2021) der Besucher, die „Interesse“ bekundet hatten, kehrten nach dem Erstellen eines Benutzernamens nicht mehr zum Selbsthilfe-Modul zurück. Gut 30% (n=991) besuchten das Modul noch wenigstens ein Mal, aber schlossen das Selbsthilfeprogramm nicht ab. Eine kleine Gruppe von etwa 5% (n=142) tat das wohl. Das bedeutet, dass sie mindestens vier Wochen lang aktiv an dem Programm teilgenommen hatten.

Über die Teilnehmenden wissen wir eine Reihe von Merkmalen. Im Durchschnitt sind sie vierzig Jahre alt. Zwei von Fünf (41%) sind Frauen. 61% haben eine abgeschlossene Fachhochschul- oder Universitätsausbildung. 27% wohnen in Amsterdam oder in einer der umliegenden Gemeinden. Bevor die Teilnehmenden mit dem Selbsthilfe-Modul beginnen, trinken sie im Durchschnitt sechs Gläser alkoholhaltige Getränke pro Tag. 68% gehen einer bezahlten Erwerbsarbeit nach.

Von 290 Teilnehmenden bekamen wir eine Antwort auf die zugeschickten Fragebögen. Das sind 15% aller Personen, die eine E-Mail-Adresse angegeben hatten. In einigen Fällen war diese Adresse inzwischen ungültig. (Wir wissen nicht, wie viele Teilnehmende nur eine zeitweilige Adresse erstellt und angegeben hatten.) Wir können auch nicht untersuchen, in wie weit dies den relativ niedrigen Rücklauf erklärt. Unsere Respondenten waren im Durchschnitt vier Jahre älter als die Teilnehmenden, die den Fragebogen nicht zurück geschickt hatten.

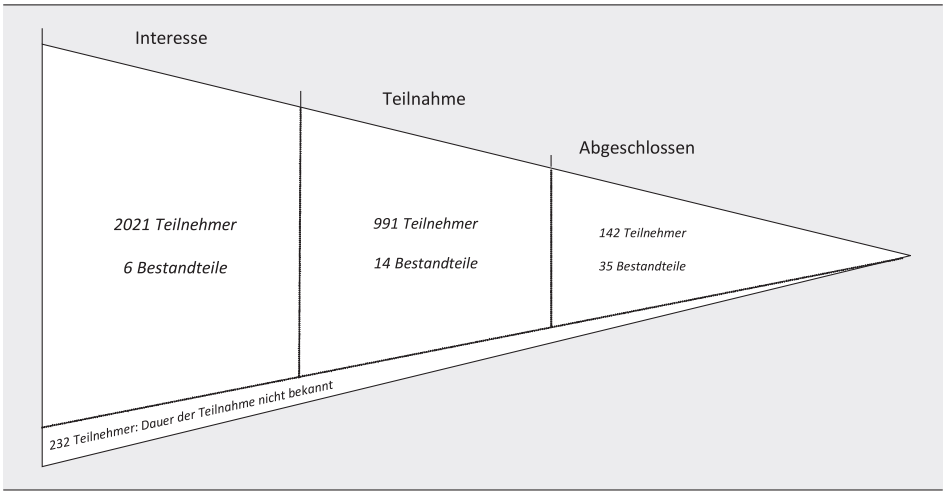


Abbildung 2 *Teilnahme am Selbsthilfe-Modul Alkohol (n=3386)*

Auch hatten sie länger an dem Selbsthilfe-Modul teilgenommen. Die Verteilung zwischen Männern und Frauen, die Anzahl der Programmteile, an denen sie teilgenommen hatten, und der Alkoholkonsum während der Woche, bevor sie mit dem Selbsthilfe-Modul angefangen hatten, unterschieden sich nicht signifikant zwischen diesen beiden Gruppen.

Auf der Grundlage der Antworten auf den Fragebögen (n=290) können wir die Gruppe der Respondenten wie folgt beschreiben. 45% dieser Respondenten charakterisieren ihren eigenen Alkoholkonsum als riskant. 21% betrachten sich selbst als langfristig alkoholabhängig. 6% sagen, dass sie in der vergangenen Periode zumindest nicht regelmäßig Alkohol getrunken hatten. Mit einem durchschnittlichen Verbrauch von gut sechs Gläsern pro Tag ist der Alkoholkonsum unter den Respondenten mehr als zwei Mal so hoch wie die Norm der Weltgesundheitsorganisation WHO. Für 21% war die Teilnahme an dem Selbsthilfeprogramm der erste Versuch, um etwas gegen ihren Alkoholkonsum zu tun. 18% waren schon einmal früher bei einer Einrichtung der Suchthilfe in Behandlung gewesen. 22% hatten ihre Alkohol-Probleme mit dem Alkohol mit ihrem Hausarzt besprochen. Die übrigen 39% nannten weitere Behandlungsversuche und –Instanzen so wie die Anonymen Alkoholiker, Foren im Internet und Gespräche mit Psycholog/innen.

2.2 Zufriedenheit mit den Internet Selbsthilfe Modulen

83% der Respondenten sagten, dass sie mit der Benutzerfreundlichkeit des Selbsthilfemoduls zufrieden seien. Die durchschnittliche Note, die sie vergaben, war eine 6,4. Obwohl das ausreichend ist, ist es doch eine Enttäuschung, wenn wir es mit der persönlichen (face-to-face) Behandlung (Lebensstil-Training 1) vergleichen, die im Jahre 2004 bei der Jellinek Stiftung die Note 7,6 erhielt. Also noch ein weiterer Grund, um die Verbesserungsvorschläge der Respondenten (die wir gleich beschreiben werden) ernst zu nehmen.

Der Hauptgrund, um über das Internet etwas an ihrem Alkoholkonsum zu tun, war für mehr als die Hälfte der Respondenten die Tatsache, dass sie anonym bleiben konnten und dass das Modul flexibel ist. Mit der Teilnahme sind keine Verpflichtungen verbunden und man kann auch außerhalb der offiziellen Bürozeiten mit dem Programm arbeiten. Letzteres geschieht auch tatsächlich: 40% aller Aktivitäten in dem Modul finden außerhalb der Bürozeiten statt und 27% am Wochenende.

Nur 20% der Respondenten gaben an, dass sie eine reguläre Behandlung gewählt hätten, wenn es das Selbsthilfe-Modul nicht gegeben hätte. Nur 15% sagten während der zweiten Messung, dass sie beim nächsten Mal Hilfe bei der regulären Suchthilfe suchen würden. Suchthilfe über das Internet spricht offenbar nicht die gleichen Leute an wie die regulären Behandlungen.

Tabelle 1 Verbesserungsvorschläge der Respondenten

Thema	Anzahl Personen	%
Interaktion mit Jellinek	32	21,9
Interaktion im allgemeinen	18	12,3
Interaktion mit anderen Teilnehmenden	14	9,6
Anpassungen auf der Website	26	17,8
Mehr Information	7	4,8
Nichts	27	18,5
Andere	22	15,1
Summe	146	100

Die Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verbesserungen des Programms, die die Respondenten vorgeschlagen haben. Insgesamt haben 146 von den 290 Respondenten einen Vorschlag gemacht. Der Mangel an Interaktion wurde oft genannt – 44% der Respondenten, die einen Verbesserungsvorschlag machten, fanden dass vor allem die Interaktion verbessert werden könnte. Es gäbe nicht genügend Gelegenheit, um zu bestimmten Zeiten mit einem behandelnden Experten kommunizieren zu können. Lieber hätte man ein direktes und persönliches Feedback auf den im Programm registrierten Alkoholkonsum bekommen oder eine persönliche E-Mail nach einer Periode der Inaktivität im Programm. 18% von ihnen fanden, dass das Modul selbst angepasst werden müsse. Die Vorschläge bezogen sich unter anderem auf die Struktur und die Übersichtlichkeit des Moduls, aber auch auf die Zugänglichkeit mit älteren Webbrowsern. 10% der Leute, die einen Vorschlag zur Verbesserung machten, vermissten die Interaktion mit Leidensgenoss/innen. Das Forum war ein Schritt in die richtige Richtung, aber man fand, dass eine Chatbox dazu kommen müsse, um die Möglichkeiten der Interaktion und der gegenseitigen Unterstützung weiter auszubauen.

Für 19% der Respondenten, die diese Frage beantwortet hatten, brauchten keine Verbesserungen in dem Modul durchgeführt zu werden. Sie sind in der Tabelle unter der Rubrik „Nichts“ versammelt worden.

2.3 Veränderung des Alkoholkonsums

Führt die Teilnahme an dem Selbsthilfe-Modul dazu, dass man weniger trinkt? Es gibt 991 aktive Teilnehmende, die in der beschriebenen Periode an mehr als einem Tag mit dem Selbsthilfe-Programm gearbeitet hatten. Von 106 von ihnen, das sind beinahe 10%, haben wir einen Fragebogen zurück erhalten mit Antworten zum Alkoholkonsum vor, während und nach der Teilnahme an dem Selbsthilfe-Programm.

In Abbildung 3 geben die boxplots[3] die Anzahl der konsumierten Gläser alkoholhaltiger Getränke pro Tag wieder.

3 Ein Boxplot ist eine Grafik, in der die Spreizung einer Variablen anhand des Medians und des ersten und dritten Quartils wieder gegeben wird. Die unterste und die oberste Linie geben jeweils den niedrigsten und den höchsten vorkommenden Wert wieder. Die Linie in der grauen Box stellt den Median dar und der untere und obere Rand der Box sind jeweils das erste und das dritte Quartil. Die Hälfte der Beobachtungswerte liegt also in der Box. Der Median braucht nicht mit dem rechnerischen Durchschnitt überein zu stimmen.

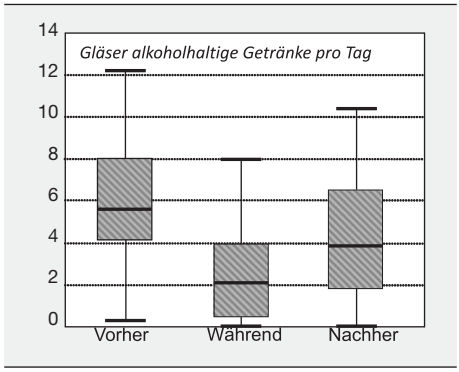


Abbildung 3 Alkoholkonsum der Teilnehmenden nach der Internet Selbsthilfe

Vor der Teilnahme trank die Hälfte dieser Respondenten zwischen vier und acht Gläser alkoholhaltiger Getränke pro Tag. Das halbierte sich während der Teilnahme an dem Selbsthilfe-Programm auf Werte zwischen einem und vier Gläsern pro Tag. In der Periode, in der die zweite Messung stattfand (für einige Teilnehmenden kurz nach und für andere längere Zeit nach ihrer Teilnahme an dem Programm), trank die Hälfte der Respondenten zwei bis sechs Gläser pro Tag. Im Durchschnitt tranken alle Respondenten in der Zeit, bevor sie an dem Programm teilnahmen, 6,7 Gläser pro Tag. Während der zweiten Messung tranken sie im Durchschnitt noch fünf Gläser an einem Tag. Der Unterschied im Alkoholkonsum zwischen der ersten und der zweiten Messung ist signifikant: $t(105) = 4.960$, $p < .0005$.

In Abbildung 4 sind die Respondenten, deren Alkoholkonsum wir bei der ersten und bei der zweiten Messung erhoben haben, in drei Gruppen eingeteilt worden. Eine Gruppe besteht aus den Teilnehmenden, die nicht trinken (abstinent sind), eine zweite Gruppe besteht aus Teilnehmenden, deren Trinkverhalten sich innerhalb der Norm der WHO bewegt. Die dritte Gruppe umfasst Teilneh-

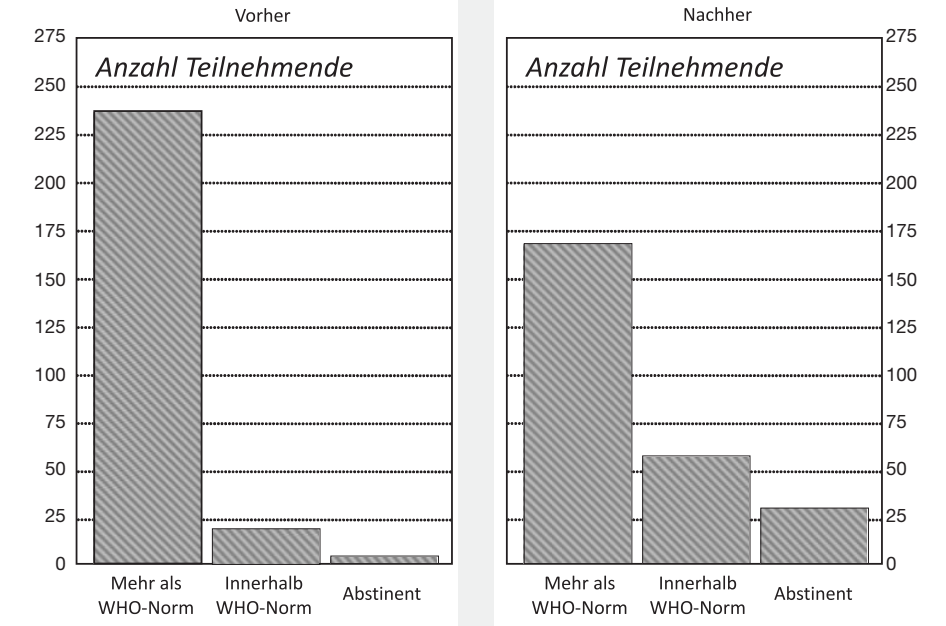


Abbildung 4 Veränderungen im Alkoholkonsum (n=257)

mende, die auf unverantwortliche Weise trinken (mehr als die Norm der WHO). Eine Überprüfung zeigt, dass die Verschiebung in den drei Gruppen zwischen der ersten und der zweiten Messung signifikant ist. Abstinenz: $\chi 2$ (257) = 25.290, p< .0005; innerhalb der Norm der WHO: $\chi 2$ (257) = 21.875, p<.0005; und mehr als die Norm der WHO: $\chi 2$ (257) = 53.195, p<.0005. Etwas mehr als die Hälfte der Respondenten tranken während der zweiten Messung mehr als drei Gläser pro Tag, was nach den Normen der WHO für verantwortbaren Alkoholkonsum als ungesund eingeschätzt werden kann. Jedoch waren während der zweiten Messung mehr Teilnehmende abstinent und es tranken weniger Teilnehmende auf unverantwortliche Weise. 12% der Respondenten (31 Personen), deren Alkoholkonsum bei der zweiten Messung festgestellt werden konnte, haben in der Woche vor der zweiten Messung mit dem Trinken von Alkohol aufgehört. 18% haben ihren Alkoholkonsum auf einen Wert zurück gebracht, der innerhalb der Normen der WHO liegt. Insgesamt trinken 28% der Respondenten, die bei der ersten Messung im Übermaß getrunken haben, während der zweiten Messung auf eine nach den Normen der WHO verantwortliche Weise.

3 Überlegungen zum Schluss

Das Internet ist ein Medium mit dessen Hilfe auch die Suchthilfe ihre Arbeit erweitern, verbessern und innovieren kann. Das Selbsthilfe-Modul Alkohol des Jellinek Zentrums wird durch Menschen, die das Internet kennen, bei der Veränderung ihres Trinkverhaltens mit Erfolg benutzt. Behandlungsformen über das Internet verdienen einen Platz im Behandlungsangebot von Einrichtungen der Suchthilfe; sie ziehen Teilnehmende an, die auf das vorhandene, reguläre Angebot von Therapien nicht ansprechen. Dies Resultat befindet sich in Übereinstimmung mit dem, was Postel u.a. (2005) als Schlussfolgerung formulieren: Eine neue Gruppe von Klient/innen, relativ oft weiblich und mit höherer Ausbildung, fühlt sich durch Behandlungen über das Internet angezogen.

Viele Teilnehmende schließen das Internet Selbsthilfe Modul jedoch nicht ab. Ein Abbruch der Behandlung (drop-out) kommt noch häufiger vor als bei den regulären Behandlungen. Die Teilnehmenden finden es schwierig, ohne persönliches Feedback motiviert zu bleiben. Auf der einen Seite ist das schade, weil die Abwesenheit eines solchen persönlichen Feedbacks gerade ein kennzeichnendes Element dieser Selbsthilfemethoden ist. Auf der anderen Seite gibt uns das einen Ansporn, mit anderen Formen von Selbsthilfe und online Therapien mit persönlicher Betreuung zu experimentieren.

Mit Blick auf die niedrigen Haltequote und das Fehlen einer Kontrollgruppe können wir aus dieser Evaluationsstudie nur wenige harte Schlussfolgerungen ziehen. Die Verhaltensänderungen, die wir vorgefunden haben, stimmen uns aber hoffnungsvoll. Eine klinische experimentelle Studie (randomisierte kontrollierte Studie), an der wir im Moment arbeiten und in der wir diese Selbsthilfe Module sowohl mit persönlicher Begleitung als auch ohne persönliche Begleitung vergleichen, wird nach unserer Erwartung mehr Klarheit und Aufschluss geben über die Effektivität dieser Form der Selbsthilfe über das Internet.

Literatur

Copeland, J. & Martin, G. (2004). Web-based interventions for substance use disorders: A qualitative review, (Behandlungen im Internet für Störungen, die aus dem Missbrauch von Substanzen entstehen: ein qualitativer Überblick), Journal of Substance Abuse Treatment, 26, 109 - 116.

Kok, I. & Mulder, E. (2005). Cliëntwaardering in de GGz: handleiding bij de diverse thermometers. (Das Urteil der Klienten in der psychischen / psychiatrischen Gesundheitspflege: eine Gebrauchsanweisung für die diversen Messinstrumente). Amersfoort: GGz Nederland.

Riper, H., Smit, F., van der Zanden, R., Conijn, B., Kramer, J. & Mutsaers, K. (2007). E-mental health: high tech, high touch, high trust. Programmeringsstudie e-mental health in opdracht van het Ministerie van VWS. (Psychischen / psychiatrische Gesundheitspflege im Netz: High-Tech, große Nähe, hohes Vertrauen. Eine Programmierungsstudie zur psychischen / psychiatrischen Gesundheitspflege im Internet im Auftrag des Ministeriums für Volksgesundheit, Volkswohlfahrt und Sport). Utrecht: Trimbos-Instituut, Siehe www.i.com.nl.

RVZ (2006). Nieuwsbericht RVZ, (Rundbrief des Rates für die Volksgesundheit), 17. Januar 2006, www.rvz.net.

Postel, M.G., de Jong, C.A.J. & de Haan, H.A. (2005). Does e-therapy for problem drinking reach hidden populations? (Erreichen Therapien im Internet für Problemtrinker die verborgenen Populationen von Alkoholabhängigen?), American Journal of Psychiatry, 162, 2393.

Spek, V., Cuijpers, P., Nyklidek, I., Riper, H., Keyzer, J. & Pop, V. (2006). Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis (Kognitive Verhaltenstherapien für Symptome von Depressionen und Angstzustände im Internet), Psychological Medicine, 20, 1-10.

Waldron, H.B. & Kaminer, Y. (2004). On the learning curve: The emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. (Auf der Lernkurve: Die Belege für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapien bei der Behandlung des Suchtverhaltens von Adoleszenten), Addiction, 99, 93-105.

Wildt, W. De. (2000). Achilles leefstijl 1 (Achilles Lebensweise 1), Zeist: Cure & Care Publishers.

Können internetbasierte Prävention und Therapie zur Regelleistung der Krankenkassen werden?

Judith Ihle

Eine Übersicht der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung enthält § 21 Abs. 1 SGB I. Nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung können unter anderem Leistungen zur Förderung der Gesundheit, zur Verhütung und zur Früherkennung von Krankheiten sowie bei Krankheit Krankenbehandlung, insbesondere ärztliche und zahnärztliche Behandlung; Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln; häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe; Krankenhausbehandlung; medizinische und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation; Betriebshilfe für Landwirte sowie Krankengeld in Anspruch genommen werden. Die Festlegung der Voraussetzungen für die einzelnen Leistungen ist Aufgabe der krankenversicherungsrechtlichen Bestimmungen im SGB V. Nach § 20 SGB V sollen die Krankenkassen in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Hierzu beschließt der GKV-Spitzenverband unter Einbeziehung unabhängigen Sachverstandes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen zur primären Prävention, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

Die Festlegung der Handlungsfelder und Kriterien oblag bis zum 30. Juni 2008 den Spitzenverbänden der Krankenkassen. Mit dem 1. Juli 2008 hat der GKV-Spitzenverband die gesetzlichen Aufgaben der Spitzenverbände, bei denen auch bisher gemeinsam und einheitlich gehandelt werden musste, übernommen. Diese neue Organisation geht auf die Gesundheitsreform 2007 zurück. Am 1. April 2007 ist das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) in Kraft getreten. § 217a SGB V lautet: „(1) Die Krankenkassen bilden den Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.“ Damit sollten ausweislich der Gesetzesbegründung die zeitlichen und organisatorischen Abläufe in den Verbänden und der gemeinsamen Selbstverwaltung deutlich gestrafft und Handlungsblockaden vermieden werden. Der GKV-Spitzenverband wurde im Mai 2007 als die zentrale Interessenvertretung der gesetzlichen Krankenversicherung mit Sitz in Berlin gegründet. Ihm gehören alle circa 215 gesetzlichen Krankenkassen an. An der Spitze der neuen Organisation steht ein dreiköpfiger Vorstand. Dieser wird vom Verwaltungsrat gewählt, der aus insgesamt 41 Versicherten- und Arbeitgebervertretern der Allgemeinen Ortskrankenkassen, der Ersatzkassen, der Betriebskrankenkassen, der Innungskrankenkassen, der Deutschen Rentenversicherung, Knappschaft-Bahn-See und der Landwirtschaftlichen Krankenkassen besteht. Der GKV-Spitzenverband hat mit 95 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zum 1. Juli 2008 seine Arbeit aufgenommen und besteht aus neun Fachabteilungen und vier Stabsbereichen. Die vom GKV-Spitzenverband übernommenen wettbewerbsneutralen Aufgaben für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung lassen sich in drei große Bereiche gliedern: (1) Versorgung gestalten, (2) Finanzen und Datenmanagement sowie (3) Interessen vertreten. Im Rahmen der Gestaltung der Versorgung werden Vergütungsvereinbarungen für den stationären Sektor sowie für die ambulante Versorgung geschlossen sowie Vorgaben für die Arznei-, Heil- und Hilfsmittelversorgung gemacht einschließlich der Festsetzung von Festbeträgen. Im Aufgabenbereich Finanzen und Datenmanagement wird

beispielsweise die Datenbasis für den Risikostrukturausgleich geschaffen. Im Rahmen der Interessenvertretung sitzt der GKV-Spitzenverband im Gemeinsamen Bundesausschuss und begleitet Gesetzgebungsverfahren.

Zu den Aufgaben des GKV-Spitzenverbandes gehört auch die Festlegung von Grundsätzen für die Prävention. Demgemäß wurden die von der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfelder und Kriterien zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 unter Beteiligung des GKV-Spitzenverbandes überarbeitet und dieser „Leitfaden Prävention" nunmehr in der Fassung vom 2. Juni 2008 veröffentlicht.

Der **Leitfaden Prävention** unterscheidet zwei Ansätze: Interventionen, die primär auf Lebensräume abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und Interventionen, die auf den einzelnen Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (individueller Ansatz). Ziele des Setting-Ansatzes sind die Ermittlung der jeweiligen Gesundheitspotentiale und Gesundheitsrisiken in einem Lebensbereich sowie die Anregung und Unterstützung eines Prozesses geplanter organisatorischer Veränderungen zur Schaffung gesundheitsgerechterer Verhältnisse unter aktiver Beteiligung der Betroffenen. Der individuelle Ansatz zielt auf die Reduktion der Auftretenswahrscheinlichkeit von Erkrankungen mit besonderer epidemiologischer Bedeutung durch Senkung der ihnen zugrunde liegenden Risikofaktoren. Um zu beurteilen, ob für bestimmte individuelle Präventionsangebote Bedarf gegeben ist, sind zunächst die vorhandenen Datenquellen daraufhin auszuwerten, mit welcher Häufigkeit, medizinischen Relevanz und volkswirtschaftlichen Bedeutung bestimmte Erkrankungen auftreten, um anschließend zu prüfen, ob für die Prävention dieser Erkrankungen wirksame Interventionen zu angemessenen Kosten möglich sind und qualitätsgesichert erbracht werden können. Folgende Krankheitsbilder sind von besonderer epidemiologischer Bedeutung:

- Herz-Kreislauferkrankungen
- Diabetes-mellitus, insbesondere Typ 2
- bösartige Neubildungen
- Krankheiten des Skelettes, der Muskeln und des Bindegewebes
- Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane sowie
- psychische/psychosomatische Krankheiten.

Der Leitfaden Prävention beschreibt neben dem Setting-Ansatz jeweils vier prioritäre thematische Handlungsfelder – mit teilweise mehreren Präventionsprinzipien – für die Primärprävention (individueller Ansatz) und die betriebliche Gesundheitsförderung. Für die Primärprävention sind dies die Handlungsfelder Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressbewältigung/Entspannung sowie Suchtmittelkonsum. Im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung werden als Handlungsfelder arbeitsbedingte körperliche Belastungen, Betriebsverpflegung, psychosoziale Belastungen (Stress) sowie Suchtmittelkonsum definiert. Für das Handlungsfeld Suchtmittelkonsum im Rahmen der Primärprävention werden als Präventionsprinzipien die Förderung des Nichtrauchens und der gesundheitsgerechte Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums beschrieben. Für die praktische Umsetzung wurden jedem Präventionsprinzip Kriterien (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und An-

bieterqualifikation) zugeordnet. Jede Krankenkasse hat anhand der für die einzelnen Präventionsprinzipien festgelegten Qualitätskriterien zu prüfen, ob die vorgesehene Maßnahme diese Kriterien erfüllt. Ist dies nicht der Fall, darf die Maßnahme nicht zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden.

Interventionen müssen neben der Vermeidung von Risikofaktoren auch gesundheitsfördernde Anteile enthalten. Voraussetzung einer individuellen präventiven Intervention ist grundsätzlich, dass sich die Wirksamkeit der Intervention in Expertisen, Studien oder Metaanalysen (Evidenzbasierung) erwiesen hat. Weitere Voraussetzung für die individuelle präventive Intervention ist eine konkrete Zielbestimmung der Maßnahme, die sich operationalisieren und quantifizieren lässt, so dass eine Veränderung bzw. Verbesserung in Bezug auf die Zielerreichung durch die erfolgte Intervention messbar wird. Dem so ermittelten Nutzen der Maßnahme ist nach Möglichkeit der durch die Intervention erforderliche Aufwand gegenüberzustellen. Die Beurteilung verschiedener Interventionen im Hinblick auf dieses Kostenverhältnis sollte idealerweise Anhaltspunkte für eine Priorisierung von individuellen Präventionsmaßnahmen liefern. Bei der Durchführung der Maßnahmen ist grundsätzlich darauf zu achten, dass ein Manual für Trainer/innen sowie Unterlagen für die Teilnehmenden vorliegen, angemessene räumliche Voraussetzungen gegeben sind sowie die Gruppen eine angemessene Personenzahl umfassen. Die Kursleiter/innen sollen über die in den einzelnen Präventionsprinzipien genannten erforderlichen Qualifikationen hinaus eine Einweisung in das jeweilige Programm durchlaufen haben. Die Angebote müssen weltanschaulich neutral ausgerichtet sein. Sie müssen insbesondere eine schriftliche Fixierung von Aufbau, Zielen, Inhalten und Methoden der Einheiten im Manual für Trainer/innen; einen nachvollziehbaren Zielgruppenbezug und einen Nachweis der Wirksamkeit des verwendeten Konzeptes im Rahmen einer wissenschaftlichen Evaluation aufweisen. Im Hinblick auf internetbasierte Prävention sieht der Leitfaden ausdrücklich vor: „Um der fortschreitenden Nutzung moderner interaktiver Techniken Rechnung zu tragen, können grundsätzlich auch evaluierte interaktive Selbstlernprogramme (z.B. mit persönlicher Betreuung per Telekommunikation, Internet, E-Mail) gefördert werden. Dabei müssen selbstverständlich alle Kriterien und Rahmenbedingungen des Leitfadens erfüllt sein…“

Neben dem Setting-Ansatz beschreibt der Leitfaden als prioritäres thematisches Handlungsfeld für die Primärprävention den Suchtmittelkonsum. Präventionsprinzipien dabei sind die Förderung des Nichtrauchens sowie der gesundheitsgerechte Umgang mit Alkohol bzw. die Reduzierung des Alkoholkonsums. Probleme des Suchtmittelskonsums beziehen sich nicht nur auf legale Drogen wie Alkohol und Nikotin, sondern ebenso auf illegale Drogen und Medikamente mit Suchtpotenzial. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung der GKV-Präventionsansätze auf die beiden legalen Drogen Alkohol und Tabak erklärt sich einerseits mit dem hohen Verbreitungsgrad und andererseits mit dem Vorliegen wirksamer Interventionskonzepte. Bezogen auf illegale Drogen und bezogen auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche stoßen individuell ausgerichtete Präventionsangebote an ihre Grenzen. Hier ist nur ein Bündel unterschiedlichster Maßnahmen erfolgversprechend. Dieses ist nur zu leisten, wenn vorrangig auch die anderen gesellschaftlichen und politischen Akteure zusammen an der Gestaltung der Rahmenbedingungen mitwirken.

Wenden wir uns nun beispielhaft dem Präventionsprinzip „Gesundheitsgerechter Umgang mit Alkohol / Reduzierung des Alkoholkonsums“ zu. Der *Bedarf* für primärpräventive Maßnahmen ist gegeben. Alkoholische Getränke werden von rund 90% der erwachsenen Bevölkerung konsumiert. Trotz des in den letzten Jahren weitgehend stagnierenden bis leicht rückläufigen Pro-Kopf-Konsums von 10,4 l im Jahr 2002 rangiert Deutschland unter 58 Staaten aber immer noch auf dem 5. Platz (Jahrbuch Sucht 2006). Zu den gesundheitlichen Folgen eines riskanten Alkoholkonsums zählt eine Reihe von somatischen und psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es zahlreiche Schädigungen unbeteiligter Dritter z.B. durch Unfälle oder Kriminalität unter Alkoholwirkung. Vorhandene Studien belegen im Hinblick auf die Wirksamkeit, dass eine Reduzierung der individuellen Konsummenge das Erkrankungsrisiko für eine Vielzahl der mit dem Alkoholkonsum in Verbindung stehenden Erkrankungen senkt. Die Zielgruppe entsprechender Interventionen sind Versicherte mit riskantem Alkoholkonsum – in der Regel bis 60 Gramm Reinalkohol pro Tag für Männer bzw. 40 Gramm für Frauen. Das Vorliegen einer Abhängigkeitserfahrung oder einer Abhängigkeitserkrankung gilt als Kontraindikation für Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 SGB V.

Mit den Interventionen sollen folgende Ziele erreicht werden:

- Stärkung der Motivation für den gesundheitsbewussten Umgang mit Alkohol
- Information über gesundheitliche Effekte durch risikoarmen Konsum
- Hilfe bei der Entwicklung individueller Strategien zur Reduzierung des Alkoholkonsums
- Analyse der eigenen Belastungssituation und Problemlösungsstrategien, die für die Veränderung des Trinkverhaltens relevant sind
- Stärkung persönlicher Kompetenzen und Ressourcen zum gesundheitsgerechten Umgang mit Belastungen.

Inhalt der Maßnahmen ist neben der Aufklärung über die gesundheitliche Wirkung des riskanten Alkoholkonsums, eine Reflexion des individuellen Trinkverhaltens und die Darstellung der Grenzwerte des riskanten Alkoholkonsums sowie der Wechselwirkung von Alkohol- und Nikotinkonsum. Die Teilnehmenden erlernen den Umgang mit Risikosituationen und stärken ihre Selbstwirksamkeitsüberzeugung. Als Methoden kommen kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppeninterventionen (z.B. Selbstbeobachtung, Protokollierung, Rollenspiel, Visualisierung), die Informationsvermittlung über Möglichkeiten zur Reduzierung des Alkoholkonsums, Stärkung der Motivation und die Anleitung zur Einbeziehung des sozialen Umfeldes in Betracht. Ergänzt werden können diese Methoden ausweislich des Leitfadens Prävention durch Einbindung moderner Kommunikationsmedien (z.B. Internetangebote, Hotline-Beratung).

Zur Durchführung entsprechender Maßnahmen eignen sich Fachkräfte mit einer staatlich anerkannten Ausbildung im Bereich psychosoziale Gesundheit, insbesondere Psycholog/innen, Pädagog/innen, Sozialpädagog/innen, Sozialarbeiter/innen, Sozialwissenschaftler/innen, Gesundheitswissenschaftler/innen sowie Ärzt/innen mit qualifizierter beruflicher Erfahrung in der Suchtprävention bzw. Suchtberatung oder mit ausgewiesener Zusatzqualifikation im Suchtbereich.

§ 20 Abs. 2 SGB V sieht zudem vor, dass die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben zur Primärprävention sowie für die betriebliche Gesundheitsförderung und Präven-

tion arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren insgesamt im Jahr 2006 für jeden ihrer Versicherten ein Betrag von 2,74 € umfassen. Dieser Betrag ist in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGV IV anzupassen und beträgt im Jahre 2008 2,78 €. Diese begrenzten Mittel der Krankenkassen erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen. Ausweislich des Präventionsberichts 2007 waren im Jahre 2006 bundesweit 1,4 Millionen Teilnahmen an präventiven Kurs- und Seminarangeboten nach dem individuellen Ansatz gemeldet, dies entspricht 2% aller GKV-Versicherten in Deutschland. Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen beliefen sich auf 188 Mio. Euro. Die Themenschwerpunkte lagen dabei zu 75% auf dem Handlungsfeld Bewegung, zu 16% auf der Vermeidung spezifischer Risiken bzw. stressabhängiger Krankheiten und zu 9% auf dem Handlungsfeld Ernährung. Angebote zum Thema Suchtmittelkonsum hatten einen Anteil von 0,8%. Während allgemein Frauen mit 78% die Mehrzahl der Kurse wahrgenommen hatten, war der Anteil an männlichen Versicherten in Kursen zum Thema Suchtmittelkonsum mit 46% vergleichsweise hoch. Diese Angebote wurden vorwiegend von Versicherten im Alter zwischen 20 und 49 Jahren aufgesucht.

Wie sieht es nun mit der internetbasierten Therapie aus?
Die Grundsätze über den Inhalt und die Art der Erbringung der Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sind in § 2 SGB V enthalten. § 2 Abs. 1 SGB V ist die Grundsatznorm zum Leistungsstandard in der GKV. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Die Krankenkassen haben außerdem das Wirtschaftlichkeitsgebot in § 12 SGB V zu beachten. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen, vgl. § 12 Abs. 1 SGB V. Die genannten Vorschriften weisen eine Reihe unbestimmter Rechtsbegriffe auf, die die Festlegung eines klar umrissenen Leistungsanspruchs erschweren. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handelt es sich bei den entsprechenden gesetzlichen Vorschriften im SGB V nur um offene Wertungsnormen, die weiterer Konkretisierung bedürfen, um zu entscheiden, ob eine versicherte Person eine bestimmte Leistung beanspruchen kann. Die konkreten Ansprüche der Versicherten auf bestimmte Sach- und Dienstleistungen werden auf der einen Seite durch die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses und auf der anderen Seite durch die Bestimmung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes durch den Bewertungsausschuss näher definiert. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt gemäß § 87 Abs. 2 SGB V den Inhalt der in der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges Verhältnis zueinander. Leistungen, die in diesem Verzeichnis nicht enthalten sind, dürfen grundsätzlich nicht zu Lasten der Krankenkassen berechnet werden. Für eine explizite internetbasierte Therapie gibt es keine Abrechnungsposition im einheitlichen Bewertungsmaßstab. Entscheidend ist, wie eine internetbasierte

Therapie konkret ausgestaltet sein soll. Sofern darunter nicht nur unterstützende Begleitmaßnahmen verstanden werden, sondern eine eigenständige Therapieform, könnte es sich um eine neue Behandlungsmethode handeln. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürfen gemäß § 135 Abs. 1 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach § 92 SGB V Empfehlungen unter anderem über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens, die medizinische Notwendigkeit sowie die Wirtschaftlichkeit einer neuen Methode abgegeben hat. Ob eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, soll nach der Konzeption des Gesetzes für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Gemeinsamen Bundesausschuss als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Dabei hat der Gemeinsame Bundesausschuss allerdings nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht. Die Frage, ob eine internetbasierte Therapie zur Regelleistung der Krankenkassen werden kann, ist damit von der jeweiligen Ausgestaltung der Therapie abhängig und lässt sich nicht allgemein beantworten. Für ein konkretes Therapieangebot ist aber wie auch bei der Prävention ein Nachweis der Wirksamkeit maßgeblich.

Literatur

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS) (Hrsg.) (2005). Jahrbuch Sucht 2006. Geesthacht: Neuland Verlag.

GKV Spitzenverband (2008). Leitfaden Prävention. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 2. Juni 2008. Federführend für die Veröffentlichung: IKK-Bundesverband. Bergisch Gladbach. Bonn/Frankfurt am Main: © KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) (Hrsg.) (2008). Präventionsbericht 2007. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006. Köln: asmuth druck und crossmedia gmbH & Co. kg.

Autorenverzeichnis

Matthijs Blankers,
Psychologe, arbeitet bei Jellinek und als Forscher beim Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), NL

Sabine Dobler
lic. phil., Projektverantwortliche für Prävention an der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA, Lausanne, Schweiz

Christiane Eichenberg
Dr. phil., Diplom Psychologin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität zu Köln; Forschungsschwerpunkte: Klinische und sozialpsychologische Aspekte des Internets, Psychotherapieforschung, Köln

Judith Ihle
Dr., Rechtsanwältin, Spitzenverband Bund der Krankenkassen, Berlin

Roel Kerssemakers,
Sozialpsychologe, ist leitender Mitarbeiter in der Präventionsabteilung bei der Jellinek, Teil der Arkin Gruppe, Amsterdam, NL

Udo Nabitz,
Psychologe, Forscher und Qualitätsreferent bei Jellinek, Teil der Arkin Gruppe, Amsterdam, NL

Gerhard Schippers,
außerordentlicher Professor für Suchtverhalten und Behandlungsevaluierung, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), Akademisch Medizinische Zentrum der Universität von Amsterdam (AMC UvA).

Mark H. Schramade,
ist Direktor für Private Hilfseinrichtungen bei Jellinek, Teil der Arkin Gruppe, Amsterdam.

Peter Tossmann
Dr., Diplom Psychologe, Psychologischer Psychotherapeut Peter Tossmann ist Gründer und Geschäftsführer von delphi – Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin. Die Gesellschaft wurde im Jahr 2001 in Verbindung mit einem Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung gegründet. Aus diesem Auftrag ging das Internet-Portal www.drugcom.de hervor. Gestartet ist die Präsenz als reines Informationsangebot. Heute nutzen bis zu 2200 Nutzerinnen und Nutzer täglich den Service von drugcom. Dazu gehört auch eine jeden Werktag angebotene, jeweils zweistündige Chat-Beratung. Die ebenfalls angebotene Beratungsmöglichkeit per E-Mail verzeichnet innerhalb eines Jahres bis zu 500 E-Mails von Ratsuchenden.