

Sucht *Aktuell*

Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V. ISSN 1437-1650

Jahrgang 26/03.19

Einzelpreis 8,00 Euro

- **Diagnostik und Therapie psychischer Störungen**
- **Digitalisierung in der Suchtberatung und -behandlung**
- **Nutzer-Checkliste für Internetprogramme/Apps bei psychischen und substanz-(un-)gebundenen Störungen**
- **Kinder aus suchtbelasteten Familien – Prävention und Gesundheitsförderung**
- **Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung**

Impressum

Sucht Aktuell Zeitschrift des Fachverbandes Sucht e.V.

- Herausgeber:** Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn,
Tel.: 0228 / 26 15 55, Fax: 0228 / 21 58 85
www.sucht.de, sucht@sucht.de
- Redaktion:** Volker Weissinger, Fachverband Sucht e.V., Bonn
Hubert C. Buschmann, MEDIAN Klinik Tönisstein, Bad Neuenahr-Ahrweiler
- Redaktionsassistent:** Ursula Köstler, Fachverband Sucht e.V., Bonn
- Fachredaktion:** Wilma Funke, Kliniken Wied, Wied
Petra Schuhler, MEDIAN Klinik Münchwies, Neunkirchen
- Gutachtergremium:** Martina Fischer, Schalkenmehren
Joachim Funke, Heidelberg
Manuela Glattacker, Freiburg
Willem Hamdorf, Vitense-Parber
Reiner Hanewinkel, Kiel
Dieter Henkel, Frankfurt
Michael Klein, Mayen
Thorsten Köhler, Köln
Günter Krampen, Trier
Ludwig Kraus, München
Heinrich Küfner, München
Johannes Lindenmeyer, Lindow
Rüdiger Nübling, Stuttgart
Anne Peters, Lübstorf
Tim Pfeiffer-Gerschel, München
Karl-Heinz Reuband, Düsseldorf
Oliver Scheibenbogen, Wien (AUT)
Alfred Uhl, Wien (AUT)
Irmgard Vogt, Frankfurt
Manfred Zielke, Mönkeberg
- Erscheinungsweise:** Zwei Ausgaben pro Jahr (ohne Sonderausgaben)
- Weitere Angaben:** www.sucht.de → Fachpublikum → Veröffentlichungen → SuchtAktuell
- Layout und Druck:** Messner Medien GmbH, Rheinbach

Mit Namen gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen.

ISSN 1437-1650

Autorenhinweise

Im Fachverband Sucht e.V. erscheint zweimal jährlich eine Ausgabe der Fachzeitschrift **SuchtAktuell**. Diese beinhaltet Original- und Fachbeiträge zu aktuellen Themen, Prävention, Beratung und Behandlung, Buchbesprechungen und Fortbildungsveranstaltungen im Suchtbereich.

Folgende Rubriken umfasst die Zeitschrift:

Editorial – Originalbeiträge (Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Interventions- und Wirksamkeitsstudien therapeutischer Verfahren, Meta-Analysen) – Fachbeiträge – FVS-Nachrichten – Aus Wissenschaft und Forschung: Für Sie gelesen – Neues aus den Einrichtungen/Unsere Mitglieder melden – Termine – Veranstaltungen – Literaturhinweise

Informationen für Autorinnen und Autoren

Für den Bereich der Originalbeiträge ruft die Redaktion ab sofort zum Einreichen von wissenschaftlichen Originalarbeiten, Übersichtsarbeiten, Interventions- und Wirksamkeitsstudien therapeutischen Verfahren oder Meta-Analysen auf.

Eingeladen sind Autor*innen der Fachrichtungen Medizin, Psychologie, Betriebswirtschaft, Sozialwissenschaften, Volkswirtschaft, Rehabilitation und angrenzender Disziplinen. Die Redaktion möchte auch Nachwuchswissenschaftler*innen ermuntern, aktuelle Ergebnisse ihrer Forschung für eine Veröffentlichung einzureichen.

Die eingereichten Fachbeiträge werden im Rahmen eines neu eingerichteten doppelblinden Peer-Review-Verfahrens begutachtet.

Voraussetzung ist, dass die Manuskripte noch nicht veröffentlicht bzw. zugleich an anderer Stelle eingereicht worden sind.

Manuskriptgestaltung:

Manuskripte sollten als Word-Datei erstellt sein und sich an den Richtlinien zur Manuskriptgestaltung orientieren, die auf der Homepage des Fachverbandes Sucht e.V. zu finden sind (www.sucht.de → Fachpublikum → Veröffentlichungen → SuchtAktuell) oder beim Herausgeber erfragt werden können (sucht@sucht.de).

Der Zeitpunkt der Veröffentlichung hängt vom Verlauf des Begutachtungsverfahrens ab und unterliegt der Entscheidung der Redaktion.

Bitte senden Sie Ihr Manuskript an sucht@sucht.de.

Wir freuen uns auf Ihren Beitrag!

Liebe Leser*innen,

das Thema Digitalisierung im Gesundheitswesen und damit auch in der Suchtkrankenhilfe und -behandlung spielt zunehmend eine wichtige Rolle. Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) hat sich dem Thema im Rahmen des 32. Heidelberger Suchtkongresses „analog-digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung“ am 26. – 28. Juni 2019 angenommen. In dieser Ausgabe finden Sie hierzu nicht nur das dazugehörige Pressestatement des FVS, sondern auch eine Stellungnahme zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zum Digitale Versorgung-Gesetz. Darüber hinaus haben wir mit Unterstützung von Wissenschaftlern eine Nutzer-Checkliste für Internetprogramme/Apps erstellt (s. Rubrik FVS-Nachrichten).

Folgende Beiträge werden darüber hinaus in dieser Ausgabe publiziert:

- Prof. Dr. J. Margraf widmet sich in seinem Beitrag der Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unter besonderer Berücksichtigung emotionaler Störungen. Er betont, dass es sich bei psychischen Störungen um chronische Probleme handelt, bei denen vor allem eine nachhaltige Verbesserung zählt. Dauerhafte Erfolge nach dem Ende der Behandlung sind nach seiner Expertise nur für die Psychotherapie belegt, während die therapeutischen Effekte von Medikamenten nach dem Absetzen schnell verschwinden und zudem Nebenwirkungen, Missbrauch und negative Langzeitwirkungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis stark beeinträchtigen. Er widerspricht auch der These, dass die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka bei der Behandlung emotionaler Störungen sinnvoll sei. Empirische Evidenz besteht demnach insbesondere für psychologische Faktoren, aber auch soziale Faktoren, für biologische Faktoren seien hingegen die Zusammenhänge deutlich inkonsistenter. Von daher sei auch der Anspruch, die Klassifikation psychischer Störungen auf eine biologische Basis zu stellen, gescheitert. Der Autor plädiert dafür, neben den Beschwerden auch eine positive psychische Gesundheit als eigenständige Dimension in der Suchttherapie zu beachten und hierbei auch psychosoziale Determinanten einzubeziehen.

- Prof. Dr. M. P. Schaub gibt einen Überblick über das Thema „Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet: eine internationale Perspektive“. Grundsätzlich geht der Autor davon aus, dass Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet neben der Suchtprävention sinnvoll und möglich sind. Im Weiteren gibt er einen Einblick über die Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten von digitalen Technologien, welche von der Prävention über Beratung bis hin zum Einsatz in der Rehabilitation reichen. Am besten untersucht wurde bislang der Bereich der Selbsthilfe und des personalisierten Feedbacks. Hingegen sind Ansätze des „blended treatment“, welche face-to-face Therapie mit digitalen Medien kombinieren, noch unzureichend untersucht. Eine Studie des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung ergab, dass allein für den illegalen Drogenbereich (ohne Cannabis) 67 unterschiedlichen Apps in den gängigen App-Shops identifiziert wurden, kein einziges wurde jemals wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Bei Apps, die sich auf Cannabis beziehen, besteht die schwierige Situation, dass einige wenige Apps, welche auf eine Konsumreduktion bzw. Konsumabstinenz fokussieren, mit über 300 Apps konkurrieren müssen, welche auf die Beibehaltung bzw. Erweiterung eines genussreichen Konsums abzielen. Von 72 identifizierten Programmen zur Reduktion des Alkoholkonsums waren lediglich 8 längerfristig im Internet abrufbar.

Im Weiteren geht der Autor auf entsprechende Meta-Analysen im Bereich Alkohol, Cannabis und illegale Drogen ein. Er verweist darauf, dass hierbei allerdings auch Personen, die beispielsweise einen riskanten Alkoholkonsum oder den einmaligen Konsum einer illegalen Droge bzw. von Cannabis angegeben hatten, einbezogen sind. Interventionen mit angeleiteter Selbsthilfe zeigten im Bereich Alkohol eine bessere Erfolgsquote als solche mit reiner Selbsthilfe oder personalisiertem Feedback. Im Bereich Cannabis waren Interventionen, die nicht nur auf die Prävention fokussierten, sondern auch vornehmlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Module enthielten, hilfreicher. Im Bereich der illegalen Drogen waren die Effekte für Personen mit Opiatkonsum und unterschiedlichem illegalem Drogenkonsum signifikant, hingegen zeigten sich bei Stimulanzien keine nennenswerten Effekte. Insgesamt schneidet die angeleitete Selbsthilfe, bei der zumindest zusätzlich zur Selbsthilfe ein Kontakt zu einer Beratungsperson besteht, besser ab. Der Autor plädiert dafür, Ansätze des „blended treatment“ verstärkt anzuwenden und zu evaluieren. Mit Blick auf das Digitale Versorgung-Gesetz in Deutschland verknüpft der Autor die Hoffnung, dass in Zukunft in Deutschland die am meisten verwendeten digitalen Anwendungen im Suchtbereich auch wissenschaftlich auf ihre Wirksamkeit hin überprüft werden.

• Prof. Dr. Ch. Montag geht der Frage nach, ob die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen unter Berücksichtigung digitaler Spuren im Internet zum Normalfall werden wird. Zunächst gibt er einen historischen Abriss über die Entwicklung des Internets und die Nutzung des Smartphones. Im Weiteren stellt er dar, dass durch die Analyse von Smartphone-Daten u.a. Vorhersagen auf depressive Verstimmungen gemacht werden können. Hierzu können verschiedene Daten genutzt werden (z.B. Bewegungsdaten, Kontakte zum Freundeskreis, emotional gefärbter Wortschatz). Derzeit lassen sich durch entsprechende Datenquellen nur probabilistische Vorhersagen für größere Personengruppen treffen. In Zukunft wird das Ziel sein, eine bessere Psychodiagnostik auf Einzelpersonenebene zu erzielen. Entsprechende Entwicklungen werden vor dem Hintergrund eines zunehmend vernetzten Alltags und verbesserter Auswertungsmöglichkeiten durch künstliche Intelligenz beschleunigt. Eine neue interdisziplinäre Bewegung in der Psychologie und Psychiatrie stellt die Psychoinformatik dar. Hierbei wird versucht, durch die Verwendung von Methoden der Informatik bestehende Methodenprobleme in den Griff zu bekommen. Dazu gehören Probleme auf Seiten der Probanden, sich selbst via Fragebogen richtig einzuschätzen oder auch im Interview/Fragebogen sozial erwünscht zu antworten. Auch in der Suchtforschung gibt es bereits nennenswerte Entwicklungen in der Psychoinformatik. So gibt es Technologien, die psychodiagnostisch eingesetzt werden, etwa zur Einschätzung des eigenen Online-Konsums. Des Weiteren werden Tagebücher in Form von Apps in der Suchtbehandlung genutzt oder Feedbacksysteme über das Smartphone im Rahmen der Rückfallprophylaxe etabliert. Entsprechende Eingaben geschehen alltagsnah, haben also eine hohe Validität. Auch besteht die Möglichkeit, soziale Vergleichsmechanismen, etwa zum Alkoholkonsum oder zum Online-Verhalten in entsprechende Apps einzubauen. Hierbei bekommt der Nutzer einen Vergleich zu einer Referenzbevölkerung. Entsprechende Entwicklungen werden allerdings den Psychotherapeuten und Psychiatern nicht überflüssig machen, so der Autor, denn das Grundbedürfnis nach direkter Interaktion und menschlicher Nähe, besonders wenn es einem psychisch schlecht geht, bleibt weiterhin bestehen.

• A. Vogt stellt Entwicklungen aus Sicht der Krankenversicherung zum Thema „E-Health und Telemedizin bei psychischen und suchtbezogenen Störungen“ dar. Die Umwälzung des deutschen Gesundheitswesens durch Digitalisierung steht erst am Anfang. Viele zentrale Fragen sind noch ungeklärt, wie etwa nach der Wirksamkeit entsprechender Angebote, der Datensicherheit, der Datenarchivierung etc. Auf der anderen Seite zeigen sich erhebliche Potenziale im Rahmen der Digitalisierung, auch die Qualität in Prävention, Diagnose und Therapie zu steigern. Dies gilt nach Ansicht des Autors auch für psychische Erkrankungen. So ergeben sich niedrigschwellige Therapiezugänge, eine hohe zeitliche und räumliche Flexibilität hinsichtlich der Inanspruchnahme und eine bessere Integration in den Alltag. Am Beispiel des „TK-Depressionscoaches“, das sich an leicht bis mittelgradig belastete Versicherte richtet, erläutert der Autor ein digitales Versorgungsangebot im Bereich psychischer Erkrankungen. Im Weiteren geht er auf das Thema Datensicherheit am Beispiel der elektronischen Patientenakte ein. Angesichts der demografischen Veränderungen unserer Gesellschaft und einer steigenden Anzahl von Patienten durch Alterung und medizinischen Fortschritt sieht er die Notwendigkeit der digitalen Unterstützung, um mit der knappen Ressource Mensch in Medizin und Pflege die Versorgung weiterhin sicherstellen zu können. Im Bereich der Suchterkrankungen gibt es vereinzelt digitale Angebote zur Diagnostik und Therapiebegleitung, im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern sei die Marktdurchdringung allerdings noch nicht ausgeprägt. Abschließend weist er auf die Notwendigkeit hin, dass digitale Versorgungsangebote zukünftig auf deutlich verbesserte Rahmenbedingungen treffen müssen, um zu einer relevanten Ergänzung und angemessenen Entlastung der analogen Versorgung zu werden.

• A. Konrad schildert Herausforderungen für die Suchtbehandlung zum Thema analog-digital aus Sicht der Rentenversicherung. Digitalisierung bietet zum einen ein großes Potential für Versicherte, Leistungserbringer, Kostenträger. Zu nennen sind hierbei z.B. die Förderung eines bedarfsgerechten, frühen Zugangs zu Präventions- und Rehabilitationsleistungen. Konkret wird hierzu der „Risikoindex Erwerbsminderungsrente“ erläutert. Dieser ermöglicht mit hoher Wahrscheinlichkeit zu berechnen, inwieweit Versicherte in den nächsten 5 Jahren in Erwerbsminderungsrente gehen. Weiteres Beispiel ist die frühe Bedarfserkennung durch den Ü45-Check. Diese freiwillige, individuelle berufsbezogene Gesundheitsvorsorge soll dazu dienen, frühstmöglich zu intervenieren, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen noch nicht manifest und chronifiziert sind. Einen ähnlichen Ansatz verfolgt das Internetangebot www.reha-jetzt.de, das einen Bedarfs-Check

enthält und vielfältige Informationen zur medizinischen Rehabilitation bereithält. Zudem beinhaltet die digitale Technik aber auch Potentiale für die Weiterentwicklung der Rehabilitation. Der Autor geht beispielsweise auf entsprechende Nachsorgeangebote, wie die DE-RENA-App ein. Darüber hinaus können Datenbanken wie www.nach-der-reha.de Unterstützung bei der Suche nach entsprechenden Nachsorgeangeboten geben. Abschließend wird darauf hingewiesen, dass auch die Kommunikation zunehmend auf digitalem Wege erfolgt.

• Dr. M. Vogelgesang befasst sich mit den Herausforderungen für die Suchtbehandlung aus der Perspektive der Leistungserbringer. Sie fordert, dass von verallgemeinernden Aussagen über E-Mental-Health Abstand zu nehmen sei, zugunsten einer differenzierten Beurteilung und sachlichen Abwägung der Vor- und Nachteile bestimmter Anwendungen im Hinblick auf definierte Nutzererfordernisse. Verbindliche, transparente Qualitätsanforderungen seien eine unverzichtbare Voraussetzung für entsprechende internetbezogene Angebote. Zusätzlich muss auf den strengsten Datenschutz geachtet werden. Als sinnvoll sieht sie den Einsatz von E-Mental-Health-Angeboten zur niedrigschwelligen Information, Primärprävention, zum Screening/zur Früherkennung und zum Selbstmanagement an. Videotherapie kann dann zum Einsatz kommen, wenn die Behandlung mit persönlichem Kontakt nicht möglich ist oder als geschriebene Therapie, wenn die Kommunikation in Echtzeit nicht realisierbar ist. Darüber hinaus sieht sie Entwicklungsmöglichkeiten im Rahmen entsprechend gemischter Formen (blended treatment). Zudem plädiert sie dafür, bei störungsbezogenen Anwendungen zu unterscheiden, ob es um riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch, Substanzabhängigkeit, pathologisches Glücksspiel, sonstige Störungen mit Suchtkomponenten oder Formen der psychischen Komorbidität geht. Internetbezogene Angebote bieten für Therapeuten zudem die Chance, besser vorinformierte Patienten zu erhalten, sofern diese etwa mit Hilfe eines geeigneten Tools im Vorfeld einer Entwöhnungsbehandlung informiert werden. Auch während der Therapie können digitale Medien eingesetzt werden (z.B. als Hilfe bei einem Konfrontationstraining, zur Bearbeitung verschiedener Aufgaben und zum verbesserten Selbstmanagement). Nach der Therapie können Nachsorge-Apps mit dem Ziel der Aufrechterhaltung oder sogar Verbesserung des Behandlungserfolgs zur Anwendung kommen.

• S. Schmädeke stellt DE-RENA, eine App-gestützte Rehabilitationsnachsorge für depressive Patienten, vor. Ziel dieses Nachsorgeangebots ist es, den Transfer der in der Rehabilitation erlernten Verhaltensstrategien in den Alltag zu unterstützen, Rückfällen vorzubeugen und die Nachhaltigkeit des Therapieerfolgs zu steigern. Zentrales Element ist die Tagesplanung und -bewertung unter Berücksichtigung der vom Patienten angestrebten Balance seiner Lebensbereiche. Die Patienten werden in den sechs Monaten der App-Nachsorge telefonisch von einem Therapeuten der Klinik begleitet. Das Angebot dient als Ergänzung zur bestehenden klassischen Nachsorge, es ist orts- und zeitunabhängig für den Patienten. Es soll von daher eine Lücke schließen als ergänzendes Angebot zu der bewährten Gruppennachsorge. Im Weiteren wird die DE-RENA-App im Detail vorgestellt und die Rolle des Coaches erläutert. Hierzu gehören mehrere telefonische Kontakte zum Patienten. Vorgestellt werden zudem Evaluationsergebnisse zur Wirksamkeit des Programms. So verbessern Patienten ihre Fähigkeit, Absichten umzusetzen, sich zu konzentrieren, Misserfolge zu bewältigen, sich selbst zu beruhigen und sich selbst zu motivieren. Abschließend geht er auf Aspekte der Umsetzung in die Regelversorgung und die Ausweitung entsprechender Angebote, z.B. auf die Suchtbehandlung, ein.

• Dr. A. Bestmann et al. gehen der Fragestellung nach, was die Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung begünstigt oder behindert. Hierbei wird auf die Reha-Statistik-Datenbasis, in der die jährlichen Meldungen der Rentenversicherungsträger zusammengeführt werden, zurückgegriffen. Eingeschlossen wurden alle Rehabilitanden, die 2012 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung beendeten, der Nachbeobachtungszeitraum betrug 24 Monate. Überprüft wurden die Effekte mehrerer Einflussgrößen auf die Zielvariable „Eintritt in die pflichtversicherte Beschäftigung“, wie Geschlecht, Familienstand, Alter, Arbeitslosigkeit im Vorfeld der Behandlung, berufliche Ausbildung, Art der Abhängigkeit oder Entlassungsmodus. Hierbei zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen drogenabhängigen und alkoholabhängigen Patienten. Dies betrifft auch den Erwerbsstatus im 12-Monate-Zeitraum vor der Entwöhnung. Auch im 24-Monate-Verlauf nach der Entwöhnungsbehandlung blieben diese Unterschiede bestehen, so waren etwa von den 17.905 Rehabilitanden mit mindestens einem Beschäftigungsmonat im 24-Monate-Verlauf die Hälfte der Alkoholabhängigen mindestens 13 Monate beschäftigt, während es bei den Rehabilitanden mit illegalen Drogen fast 30% weniger waren. Zudem zeigte sich bei Drogenabhängigen ein deutlicher Geschlechtereffekt, so hat-

ten Männer eine um 45% höhere Chance, im Anschluss an die Entwöhnungsbehandlung erwerbstätig zu sein als Frauen. Des Weiteren wird auf den Einfluss weiterer Prädiktoren eingegangen, z.B. Komorbidität, Bildungsabschluss, Erwerbsstatus vor der Entwöhnung. Ingesamt veranschaulichen die Analysen, wie komplex der Prozess der (Wieder-)Eingliederung nach einer Entwöhnungsbehandlung ist. Sowohl demografische als auch sozialmedizinische und berufsbezogene Faktoren haben hierbei bedeutsame Effekte. Von zentraler Bedeutung, so zeigte die Wirkungsanalyse der Entwöhnungsbehandlung, sind beeinflussbare Größen. Ein Schlüssel für den Einstieg in die Erwerbstätigkeit ist offensichtlich die berufliche Professionalisierung und eine Fokussierung auf vorhandene berufliche Kompetenzen bzw. auf Potenziale weitergehender Qualifizierung. Verwiesen wird zudem darauf, dass ein optimales, trägerübergreifendes Schnittstellenmanagement mit nahtloser Infrastruktur auch eines durchlässigen Arbeitsmarktes bedarf, damit die berufliche Integration gelingen kann.

• U. Claussen et al. untersuchen die Wirkung von Bewegungs- und Sporttherapie in der stationären Drogenrehabilitation. Bewegungs- und sporttherapeutische Angebote sind konzeptioneller Bestandteil jeder stationären Entwöhnungsbehandlung. Diese sind modular aufgebaut und umfassen z.B. Walken, Joggen, Radfahren, Teamsport, Fitness und Kraftsport, aber auch spezielle Angebote zur Verbesserung funktioneller Einschränkungen (z.B. Wirbelsäulengymnastik). Bewegungstherapeutische Interventionen und die damit verbundene Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz gehören somit zu den Standards, die auch von den Leistungsträgern gefordert werden. Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit zeigen, dass diese Angebote beispielsweise zu einer Milderung von depressiven Zuständen beitragen. Die Autoren gehen der Frage nach, inwieweit eine Verbesserung der körperlichen Leistungs- und Regenerationsfähigkeit bei Drogenabhängigen auch im Rahmen der stationären Rehabilitation erreicht werden kann. Neben einer deskriptiven Analyse wurde hierzu eine Prä-Post-Messung durchgeführt. Hierbei wurden die Bereiche Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kraft untersucht. Entsprechende Messungen erfolgten zu drei Zeitpunkten, zu Beginn, nach ca. drei Monaten und eine Woche vor Entlassung aus der Rehabilitation. Beschrieben werden die eingesetzten Instrumente und die Ergebnisse zum Behandlungsverlauf. Für die Variablen Kraft, Koordination und Anstrengungsempfinden ergeben sich mittlere Effekte, für die Beweglichkeit und Ausdauer kleine Effekte. Die mittlere Effektstärke betrug $d=0,48$, insgesamt zeigt sich eine gesundheitliche Verbesserung der Probanden. Auf welche Interventionen die erreichten Effekte allerdings genau zurückgehen, kann mit dem Untersuchungsdesign nicht näher bestimmt werden. Für eine isolierte Untersuchung der Wirksamkeit von Sporttherapie wäre von daher eine randomisierte und kontrollierte Studie aus Sicht der Autoren wünschenswert.

• P.-M. Sack et al. stellen die Ergebnisse eines systematischen Reviews zur Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder aus suchtbelasteten Familien vor. Zunächst werden Angaben zu Prävalenz und Entwicklungsrisiken für Kinder suchtkranker Eltern sowie Schutzfaktoren dargelegt. Im Weiteren werden verschiedene Hilfeansätze beschrieben und die Ergebnisse des systematischen Reviews über Interventionen v.a. für 3 - 14-jährige Kinder aus suchtbelasteten Familien in Augenschein genommen. Letztlich wurden 5 Programme ermittelt, welche in Bezug auf individuelle Prävention mit dem Empfehlungsgrad „sollte angewendet werden“ und eines mit dem Empfehlungsgrad „soll angewendet werden“ ermittelt. Zwei strukturell angelegte Programme zur Gesundheitsförderung und Prävention können ebenfalls auf Basis einer Evidenzbasierung empfohlen werden. Abschließend wird auf den weiteren Forschungsbedarf und die Notwendigkeit verwiesen, frühzeitige und familien- und kindfokussierte Maßnahmen möglichst flächendeckend vorzuhalten, die sich nicht nur auf Frühe-Hilfen (0-3-jährige) beschränken, sondern alle Phasen von Kindheit und Jugend altersadäquat abbilden. Die Unterstützung der Eltern sollte ein zusätzlicher Bestandteil sein.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle auf den Gemeinsamen Suchtkongress „Zusammenhalten und zusammen gestalten“ am 17. - 19. Juni 2020, den der Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und der Fachverband Sucht e.V. durchführen werden.

Viel Spaß beim Lesen wünscht Ihnen

U. Weisinger

Dr. Volker Weisinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.

Fachbeiträge

Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unter besonderer Berücksichtigung emotionaler Störungen <i>Jürgen Margraf</i>	5
Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet: eine internationale Perspektive <i>Michael P. Schaub</i>	29
Wird die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen unter Berücksichtigung digitaler Spuren des Internet of Things zum Normalfall? Eine psychoinformatische Perspektive <i>Christian Montag</i>	33
E-Health und Telemedizin bei psychischen und suchtbefragten Störungen – Entwicklungen aus Sicht der Krankenversicherung <i>Andreas Vogt</i>	37
Analog – digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung aus Sicht der Rentenversicherung <i>Andreas Konrad</i>	40
Analog – Digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung aus der Perspektive der Leistungserbringer <i>Monika Vogelgesang</i>	46
DE-RENA – App-gestützte Rehabilitationsnachsorge für depressive Patientinnen und Patienten <i>Stefan Schmäddeke</i>	48
Was begünstigt oder behindert die Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung durch die Deutsche Rentenversicherung? <i>Anja Bestmann, Leona Flach, Julia Büschges, Joachim Köhler</i>	54
Physische und psychische Regeneration Drogenabhängiger in der stationären Rehabilitation: Wirkung von Bewegungs- und Sporttherapie <i>Ulrich Claussen, David Schneider, Viktor Bauer, Martin Hannus</i>	63
Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder aus suchtbefragten Familien. Ergebnisse eines systematischen Reviews <i>Peter-Michael Sack, Diana Moesgen, Michael Klein, Rainer Thomasius</i>	68

FVS-Nachrichten

Nachruf – Peter Missel, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, langjähriges Mitglied des Vorstands des Fachverbandes Sucht e.V.	75
Pressestatement – 32. Heidelberger Bundeskongress des Fachverbandes Sucht e.V. „analog – digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung“ 26.–28. Juni 2019	76
Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. – Referentenentwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG)	78
Fachverband Sucht e.V. stellt eine Nutzer-Checkliste für Internetprogramme/Apps zu psychischen Beschwerden und Problemen im Umgang mit Suchtmitteln bereit	81
Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)	82
Rahmenkonzept für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung	84
Stellungnahmen des Fachverbandes Sucht e.V. – Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen:	
• Sucht und Weiterentwicklungsbedarf der Hilfen in Bezug auf das SGB V – Zentrale Themen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.	85
• Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zu den Themen des 2. Dialogforums mit den Schwerpunkten „Selbstbestimmung und Partizipation“ – Arbeitstreffen 19.09.2019	86
Daniela Ludwig – Neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung	87
Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019 veröffentlicht	88
Neue Grundlage für die Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen – Landesrahmenvertrag zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes unterzeichnet	88
Forschungsergebnisse • Für Sie gelesen	89
Neues aus den Einrichtungen • Unsere Mitglieder melden	90
Termine • Veranstaltungen • Daten	93

Diagnostik und Therapie psychischer Störungen unter besonderer Berücksichtigung emotionaler Störungen

Jürgen Margraf

Zusammenfassung

Jahrzehnte intensiver Forschung haben gezeigt, dass es für die meisten psychischen Störungen effektive Behandlungen gibt. Allerdings darf nicht nur die kurzfristige Wirksamkeit betrachtet werden. Psychische Störungen sind chronische Probleme, bei denen v.a. eine nachhaltige Verbesserung zählt. Hier zeigt die Forschung einen scharfen Kontrast zwischen den wichtigsten Behandlungsmodalitäten. Dauerhafte Erfolge nach dem Ende der Behandlung sind nur für die Psychotherapie belegt, während die therapeutischen Effekte von Medikamenten nach dem Absetzen schnell verschwinden und Nebenwirkungen, Missbrauch und negative Langzeitwirkungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis stark beeinträchtigen. Für soziale Maßnahmen liegen kaum experimentelle Studien vor, die vorhandenen Daten lassen jedoch verstärkte Forschung sinnvoll erscheinen. Anders als oft behauptet ist die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka bei der Behandlung emotionaler Störungen meist nicht sinnvoll. Im Rahmen eines translationalen Paradigmenwechsels kann gezielt an der Verstärkung der basalen Mechanismen psychologischer Behandlungen angesetzt werden, um mit pharmakologischen und psychologischen Maßnahmen Lernen, Gedächtnis und neuronale Plastizität zur Augmentierung der Therapieerfolge zu nutzen. Allgemein sind ein großes Problem bei der Bewertung der Befundlage die vermehrt aufgedeckten missbräuchlichen Forschungspraktiken. Diese verzerren die Evidenzbasis v.a. bei Vorliegen starker ökonomischer und identitätspolitischer Interessen systematisch. Auch im Hinblick auf die kausale Bedeutung der postulierten Risiko- und Schutzfaktoren zeigen sich große Unterschiede in der empirischen Evidenz auf den biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen. Als Korrelate und z.T. auch kausale Bedingungen sind psychologische Faktoren vielfach bestätigt, auch für soziale Faktoren gibt es solide Evidenz. Bei biologischen Faktoren sind hingegen die Zusammenhänge deutlich inkonsistenter und es gibt eine Vielzahl nicht replizierter Befunde aus Hirnforschung, peripher-physiologischer und genetischer Forschung. Intensive Forschungsanstrengungen haben weder zu nutzbaren Biomarkern noch zu validen In-vitro-Modellen psychischer Störungen

geführt. Der „Mythos des chemischen Ungleichgewichts“ gilt als widerlegt und der Anspruch, die Klassifikation psychischer Störungen auf eine biologische Basis zu stellen, ist deutlich gescheitert. Psychische Störungen können lediglich auf der psychologischen Ebene reliabel und valide definiert werden. Dabei zeigen dimensionale Ansätze bessere prädiktive Validität als kategoriale Diagnosen. Zudem wird neben den Beschwerden vermehrt auch positive psychische Gesundheit als zwar verwandte, aber relativ unabhängige Dimension erkannt, die einen unabhängigen Beitrag zur Vorhersage des Verlaufs psychischer Probleme über klassische psychopathologische Maße hinaus leistet. Ihr sollte daher auch in der Suchttherapie ein größerer Stellenwert eingeräumt werden. Als Einzelne können wir uns kaum von unserem kognitiven Bauplan lösen, gemeinsam haben wir dagegen eine Chance, schlauer zu handeln als wir denken können, indem wir geprüfte prozedurale Hilfsmittel heranziehen. Wertvolle Unterstützung für die klinische Praxis bieten prozedurale Hilfsmittel wie Checklisten, standardisierte Befunderhebung und Therapiemanuale. Grundsätzlich ist eine drastische Verlagerung der Forschungs- und Finanzierungsprioritäten weg von der „biomedizinischen Blase“ (Lancet) hin zu den psychosozialen Determinanten der Gesundheit notwendig, um der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Menschen wirklich zu dienen.

Psychische Gesundheit im Wandel

So gut wie jeder Fachartikel zu psychischen Störungen beginnt mit einer Auflistung von Angaben zu Prävalenz und Kosten. Da die hohe Relevanz psychischer Störungen inzwischen außer Frage steht, muss dies hier nicht wiederholt werden. Stattdessen mag ein einziges Beispiel genügen: Schon 2005 gingen fast die Hälfte des „Burden of Disease“ (Krankheitsbelastungen) in der EU (27 Staaten) auf psychische Störungen zurück, bei den 15–44-jährigen stellen psychische Störungen in den Industriestaaten 7 der 10 führenden Ursachen (erfasst mit „Disability Adjusted Life Years“, DALY's; Wittchen & Jacobi 2005, Whiteford et al. 2010, Murray et al. 2012). Hohe Belastungen über nahezu die gesamte Lebensspanne werden

v.a. von Angst- und Affektiven Störungen verursacht („emotionale Störungen“, Global Burden of Disease Study, Whiteford et al. 2010). Im Vergleich dazu treten Krankheitsbelastungen aufgrund von Drogen, Medikamenten und Alkohol später und in etwas geringerem Umfang auf, liegen aber durchaus im Bereich der Folgekosten der Psychosen. In der Suchttherapie müssen daher neben den eigentlichen Zielstörungen vor allem emotionale Störungen besonders berücksichtigt werden, zumal die zu ihrer Behandlung verwandten Medikamente häufig mit Absetz- und Entzugsproblemen einhergehen (s.u.).

Psychische Störungen können nicht isoliert betrachtet werden, da Komorbidität, d.h. das gleichzeitige oder sequentielle Vorliegen von mehr als einer Störung bei ein- und derselben Person, den Regelfall und nicht etwa die Ausnahme darstellt (Caspi & Moffitt 2018). Dies gilt ganz besonders für die drei häufigsten Gruppen psychischer Störungen, nämlich affektive Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen (Kessler et al. 2005, Michael et al. 2007). Allerdings werden Komorbiditäten sehr häufig nicht korrekt erkannt, zudem beeinflussen Inanspruchnameverhalten und Diagnostik die behandelte Prävalenz (Bruchmüller et al. 2011, Cwik et al. 2016, Cwik & Margraf 2017). So werden etwa generalisierte Angststörungen im Gegensatz zu Panikstörungen sehr oft übersehen (Hoyer et al. 2002a, 2002b, Becker et al. 2003, Becker & Margraf 2017). Eine kurze Momentaufnahme im Querschnitt zeigt in der Regel nicht das gesamte Bild. Dafür muss die Entwicklungsgeschichte des jeweiligen Falles berücksichtigt werden. Diese kann für viele schwere psychische Störungen am besten als Abwärtsspirale dargestellt werden (vgl. Abb. 1 für das Beispiel der Angststörungen).

Die Abbildung zeigt den typischen Verlauf schwerer Angststörungen. Viele Menschen leiden unter unangemessenen Ängsten, aber nur bei einem Teil beginnt die Abwärtsspirale. Der erste Schritt ist hier i.d.R. Vermeidungsverhalten, das zwar Angst kurzfristig reduziert, aber langfristig steigert und so weiteres Vermeidungsverhalten motiviert. In der Folge kommt es zu verzerrten kognitiven Bewertungen und einer Abnahme des Selbstwertes. Beides ist charakteristisch für manifeste Angststörungen, die dann wiederum Lebensqualität und Stresstoleranz

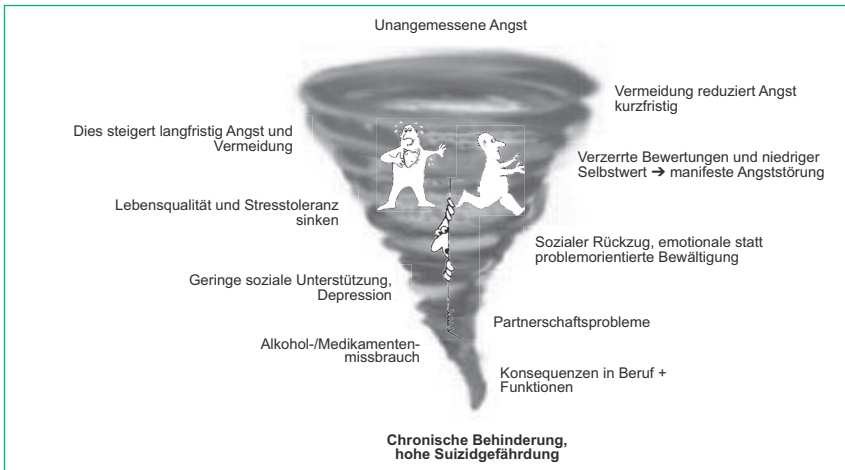


Abb. 1: Die Abwärtsspirale der Angststörungen (nach Margraf & Schneider 2018).

beeinträchtigen. Die Betroffenen ziehen sich aus dem sozialen Leben zurück und neigen eher zu emotionalen als zu problembezogenen Bewältigungsstilen, was zu weiterer Verschlechterung führt. Bei geringer sozialer Unterstützung werden dann Depressionen wahrscheinlicher. Es kommt verstärkt zu Partnerschaftsproblemen und Alkohol- oder Medikamentenmissbrauch, wobei es ausgeprägte, z.T. iatrogen bedingte Geschlechtsunterschiede gibt (Frauen mehr Medikamentenverordnungen, Männer mehr Selbstmedikation, vgl. Takayanagi et al. 2015, Mokhar et al. 2018, Wilkinson & Mulder 2018). Schließlich kommt es zu spürbaren Konsequenzen in Beruf und sozialen Rollen. Dies ist der Zeitpunkt, zu dem verstärkt auch Männer Hilfe suchen, Frauen tun dies dagegen häufiger schon in einem frühen Stadium. Am Ende der Abwärtsspirale stehen chronische Behinderung und hohe Suizidgefahr. Auch wenn man in jeder Phase der Abwärtsspirale aussteigen kann, unterschätzen Kliniker die Erfolgchancen von Selbsthilfemaßnahmen und Frühinterventionen, weil sie typischerweise v.a. diejenigen sehen, die dies nicht geschafft haben.

Die epidemiologische Forschung zeigt typische Entwicklungsverläufe. In den meisten Fällen treten früh Angststörungen auf, auf diese folgen dann häufig Depressionen und Suchtprobleme (Michael et al. 2007). Halten diese Probleme lange an, sind auch somatische Erkrankungen, insbesondere kardiovaskuläre Krankheiten, eine mögliche negative Folge der Entwicklung. Natürlich gibt es Varianz bei diesen Verläufen: nicht auf jede Angststörung folgen Depressionen und nicht alle Depressionen folgen auf Angststörungen. Auch die langfristigen negativen Konsequenzen wie Sucht und somatische Erkrankungen treten glücklicherweise nicht in jedem Fall auf. Dennoch ist der häufigste Ablauf der hier geschilderte und Angststörungen sind der stärkste bekannte Prädiktor für spätere Depressionen (Michael et al. 2007, Trumpf et al. 2010a). Zusammengefasst kann man von einer Schrittmacherfunktion von Angst, Vermeidung und kognitiven Verzerrungen für psychopathologische Entwicklungen sprechen.

Die große Bedeutung der emotionalen Störungen spiegelt sich auch in der Forschungsaktivität. Abb. 2 zeigt die Anzahl

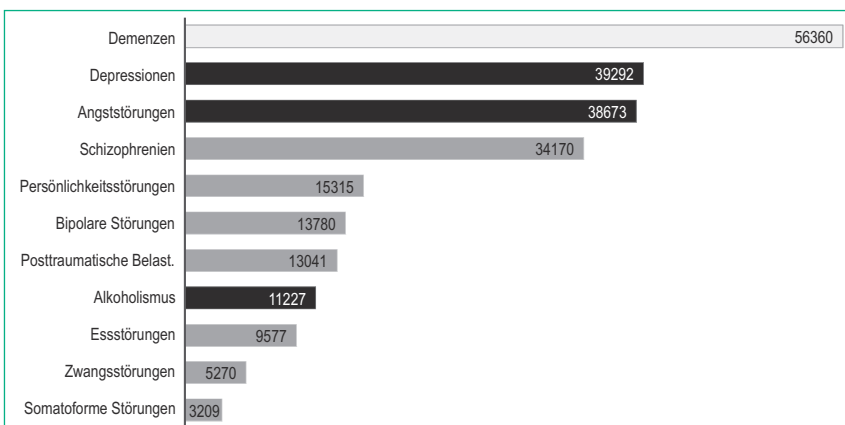


Abb. 2: Anzahl Publikationen pro Jahr in der PubMed-Datenbank in den Jahren von 2010 – 2016 (eigene Auswertung). Dargestellt sind die zehn häufigsten psychischen Störungsgruppen sowie zum Vergleich Demenzen.

wissenschaftlicher Publikationen zu den wichtigsten Gruppen psychischer Störungen im Vergleich zu den Demenzen (PubMed-Datenbank, 2010-2016).

Depressionen und Angststörungen liegen nahezu gleichauf auf den Plätzen 2 und 3 der am häufigsten thematisierten Störungsbilder. Mit jeweils rund 39.000 Publikationen liegen sie weit vor der am meisten untersuchten Suchterkrankung, dem Alkoholismus (rund 11.000 Publikationen). Pro Tag erscheinen also rund 30 wissenschaftliche Publikationen zu Depressionen und Ängsten sowie vier Artikel zum Thema Alkoholismus. Diese Flut an Informationen ist kaum noch zu bewältigen. Wir sind vom Regen in die Traufe gekommen: gab es früher zu wenig Forschung, so ist heute die Verarbeitung und Filterung der Informationsfülle eine wichtige Aufgabe. Immer weniger Kliniker und Wissenschaftler sind in der Lage, diese Aufgabe selbst auszuführen. So verlassen wir uns zunehmend auf Sekundärquellen wie Meta-Analysen, systematische Reviews, Leitlinien und natürlich Lehrbücher. Allerdings sind wir damit weit von der Datenbasis entfernt und können nicht immer adäquat beurteilen, wie gut die Informationen sind, die in diese Zusammenfassungen eingehen. Dass es dabei oft zu systematischen Verzerrungen kommt, wird im Kasten „Garbage in – Garbage out“ weiter unten besprochen. Der vorliegende Artikel gibt daher einige nach Meinung des Autors besonders wichtige Hinweise zu den biologisch/pharmakologischen, sozialen und psychologischen Dimensionen emotionaler Störungen und ihrer Behandlung.

Bio, psycho und sozial – wirklich?

Der dringende Handlungsbedarf ist unumstritten – wir müssen intervenieren, aber wie? Heutzutage beruft man sich allgemein auf das biopsychosoziale Modell (Engel 1977). Dieses wird jedoch oft nicht wirklich spezifiziert und bleibt damit allzu häufig ein bloßes Schlagwort. Zudem müssen wir bei der Auswahl von Interventionen berücksichtigen, ob diese nur kurz-, oder auch langfristig wirksam sind. Da Störungen der psychischen Gesundheit typischerweise eher chronisch sind, ist die langfristige Wirksamkeit von besonderer Bedeutung. Im Folgenden betrachten wir nacheinander die drei Dimensionen des biopsychosozialen Modells.

Psychopharmaka – mehr als des Kaisers neue Medikamente?

Modeerscheinungen gibt es nicht nur in der Textilwirtschaft, sondern auch in Wissenschaft und Heilkunde. Vor einem halben Jahrhundert war es gang und gäbe, psychische Probleme auf soziale oder zwischen-

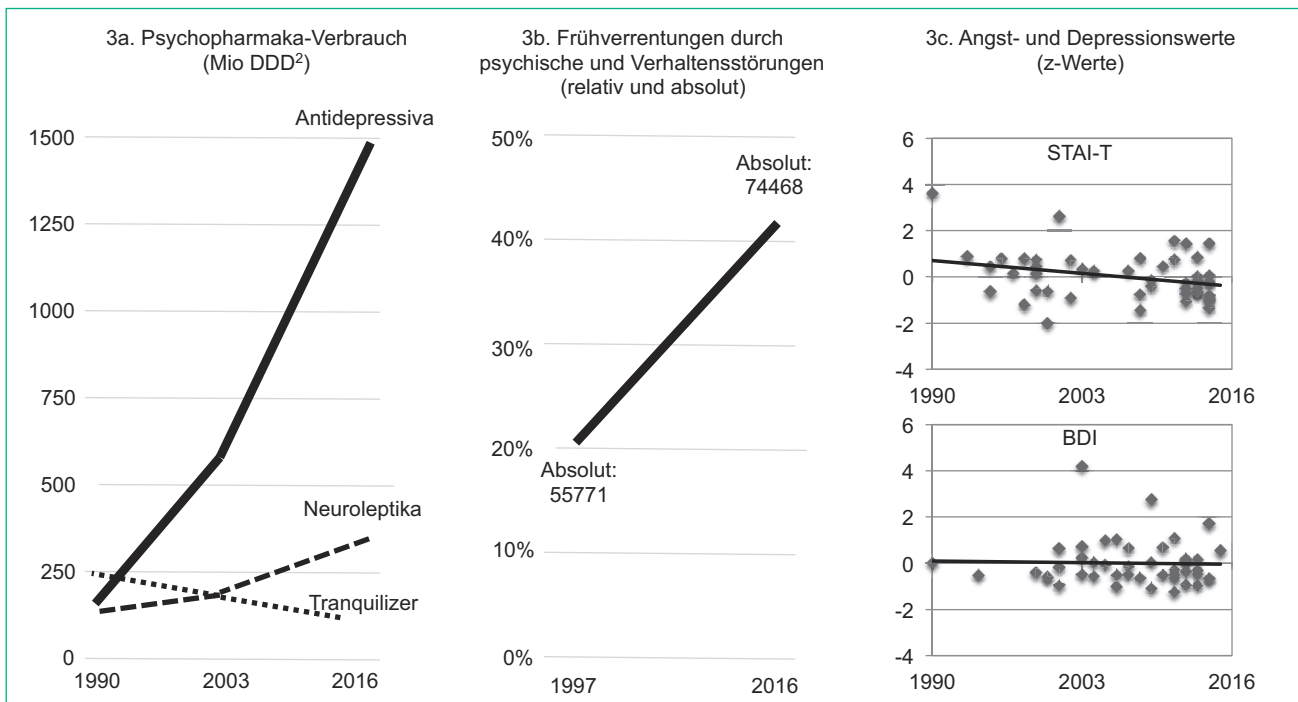


Abb. 3: Anstieg des Antidepressiva-Verbrauchs und der psychisch bedingten Frühverrentungen in Deutschland korrespondiert nicht mit Änderungen in Angst und Depression (STAI-T). 3a. Psychopharmaka-Verbrauch (Millionen DDD*) von 1990–2016. 3b. Frühverrentungen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen (relativer Anteil und absolute Zahlen) von 1997–2016. 3c. Angst- und Depressionswerte (z-Werte) von 1990–2016. Quellen: Deutscher Bundestag 2018, Schürmann & Margraf 2018, Schwabe et al. 2018.

menschliche Faktoren zurückzuführen, man sehe sich nur einem Hitchcock-Film der 50er oder 60er Jahre an. Inzwischen ist das Pendel jedoch zurückgeschwungen und seit Jahrzehnten betonen wir vor allem individuelle Faktoren, die zunehmend als biologische verstanden werden. Auch das biopsychosoziale Modell wird nun v.a. in der Psychiatrie, aber auch in Teilen der Psychologie zunehmend biologisch-reduktionistisch interpretiert (Borrell-Carrio et al. 2004, Kinderman 2005, Gold 2009, Banner 2013, Deacon 2013, Insel & Cuthbert 2015, Borsboom et al. im Druck).

Diese Entwicklung geht einher mit einer Überbetonung pharmakologischer Therapieansätze (Jureidini & Tonkin 2006, Moncrieff 2008, Eveleigh et al. 2018). So stieg der Verbrauch sogenannter Antidepressiva¹ in den USA, Australien, Großbritannien,

Neuseeland, Dänemark, Italien und anderen OECD-Staaten seit den 90er Jahren drastisch an (Hollinghurst et al. 2005, Jureidini & Tonkin 2006, Moncrieff 2008, Takayanagi et al. 2015, Bobo et al. 2018, Eveleigh et al. 2018, Wilkinson & Mulder 2018). In Deutschland betrug der Anstieg von 1990–2016 fast 750% (Arzneimittel-Report 2018, vgl. Abb. 3a). Dieser Anstieg von 197 auf 1497 Millionen DDD² kompensiert den Rückgang der Tranquilizerverordnungen um ein Mehrfaches³. Rein rechnerisch erhält mittlerweile jeder erwachsene GKV-Versicherte in Deutschland 21 Tage im Jahr Antidepressiva. Darüber hinaus werden Patienten in psychiatrischen Einrichtungen fast ausnahmslos mit Psychopharmaka behandelt (etwa in Großbritannien 98–100%, Moncrieff 2008).

Der sogenannte biologische Zugang zur Erklärung und Behandlung psychischer Störungen wird als Erfolgsgeschichte dargestellt (vgl. Kirsch 2010, Deacon 2013, Margraf & Schneider 2016). Die Erzählung zur psychopharmakologischen Behandlung beinhaltet die Behauptung, dass es früher keine oder kaum angemessene Therapien gab, heute nach Einführung der modernen

Psychopharmaka jedoch alles viel besser sei. Wir hätten nun ein biologisches Verständnis psychischer Störungen und daraus abgeleitet erfolgreiche Behandlungen für die meisten von ihnen. Die modernen Anxiolytika¹, Antidepressiva¹ und Antipsychotika¹ hätten die Behandlung revolutioniert und gegenüber früher dramatisch verbessert. Insgesamt sei dies die größte Erfolgsgeschichte im Bereich psychischer Gesundheit (vgl. Whitaker 2010).

Wenn das so wäre, dann stellt sich jedoch die Frage, warum wir zeitgleich mit dem Anstieg der nahezu flächendeckenden Verordnung von Psychopharmaka (Moncrieff 2008) einen unerhörten Anstieg der krankheitsindizierten Belastungen, Arbeitsausfälle und Frühverrentungen aufgrund psychischer Störungen erleben (Whitaker 2005, 2010, Bundespsychotherapeutenkammer 2013, Jorm 2014, Margraf & Schneider 2016, Higgins 2017, Deutscher Bundestag 2018). Abb. 3b zeigt die Zunahme der Frühverrentungen aufgrund psychischer bzw. Verhaltensstörungen in Deutschland in den Jahren von 1997–2016 (Deutscher Bundestag 2018). Während alle anderen wichtigen Ursachen entweder abnahmen oder stabil blieben, gibt es bei psychischen Störungen einen deutlichen Anstieg, der im Wesentlichen von depressiven, Angst- und somatoformen Störungen getragen wird (Bundespsychotherapeutenkammer 2013). Auch andere Industriestaaten in Nordamerika, Europa und Australien zeigen ähnliche Zunahmen der Krankheitsbelas-

1 Die heute meist gebräuchliche Nomenklatur der Psychopharmaka ist problematisch. Die Begriffe „Anxiolytika“, „Antidepressiva“ und „Antipsychotika“ suggerieren eine therapeutische Spezifität, die von der Datenlage keinesfalls gedeckt ist, sondern eher die Erfolge des Marketings ausdrückt (Fava 2002, Moncrieff 2008). Leider sind Alternativen wie die Aufzählung von Wirkstoffklassen oder die ständige Verwendung von Anführungsstrichen bzw. des Attributes „sogenannt“ umständlich oder nicht allgemein verständlich. In Ermangelung einer besseren Lösung werden daher die marketingorientierten Begriffe verwendet, ohne sich dabei die Behauptungen zur therapeutischen Spezifität zu eigen zu machen.

2 DDD: defined daily dose, definierte Tagesdosen. Die Menge eines Wirkstoffes oder Arzneimittels, die typischerweise pro Tag für die Hauptindikation bei Erwachsenen angewendet wird.

3 Im Gegensatz zu Deutschland sind in den USA die Benzodiazepin-Verordnungen weiter angestiegen (Agarwal & Langdon 2019).

tung durch emotionale Störungen (Whitaker 2010, Jorm 2014, Wilkinson & Mulder 2018). Zudem scheinen die Verläufe affektiver Störungen in den Industriestaaten heute deutlich schlechter zu sein als vor 70 Jahren (Healy et al. 2001, 2005, Whitaker 2010, Fava et al. 2017). Die Koinzidenz von wachsender Krankheitsbelastung und steigenden medikamentösen Behandlungen ist bemerkenswert. Natürlich kann Korrelation nicht automatisch mit kausaler Verursachung gleichgesetzt werden, allerdings kann diese auch nicht ausgeschlossen werden und wir werden dazu weiter unten besorgniserregende Hinweise diskutieren.

Bemerkenswerterweise ist gleichzeitig unklar, ob die Inzidenz und Prävalenz von Depressionen und Angststörungen tatsächlich zugenommen hat (Wittchen et al. 2010, Jorm 2014, Bandelow & Michaelis 2015, Twenge et al. 2018). Veränderungen der diagnostischen Kategorien über die verschiedenen Auflagen von DSM und ICD erschweren Vergleiche über längere Zeiträume. Eine stabile Alternative bietet die Auswertung von Stichproben, die mit psychometrischen Angst- und Depressionsinventaren untersucht wurden. Diese standardisierten, reliablen und validen Verfahren liegen seit Jahrzehnten vor und ermöglichen sinnvolle Vergleiche über die Zeit hinweg. Während Twenge (2001, 2015) für Nordamerika einen deutlichen Anstieg in den letzten Jahr-

zehnten zeigte, fanden wir diesen Effekt für deutsch- und englischsprachige Länder in Europa nicht (Schürmann & Margraf 2018, vgl. Abb. 3c). Zusammengefasst sehen wir hier einen außerordentlich starken Anstieg von Krankheitsbelastungen und Antidepressiva-Verordnungen ohne einen korrespondierenden Anstieg der Inzidenz- und Prävalenzraten.

Von Heilbehandlungen verlangen wir Wirksamkeit, Sicherheit und Wirtschaftlichkeit (SGB V, 2010). Hinsichtlich der Wirksamkeit ist die Unterscheidung von kurz- und langfristigen Therapieeffekten von zentraler Bedeutung. Wir haben inzwischen eine Vielzahl von kurzfristigen Befunden zu medikamentösen und psychotherapeutischen Behandlungen psychischer Störungen. Kurzfristig ist die Pharmakotherapie bei der Behandlung von Angststörungen und Zwängen schlechter als die kognitive Verhaltenstherapie (KVT), bei Depressionen scheinen die beiden Modalitäten etwa gleichwertig zu sein (Gould et al. 1995, Gloaguen et al. 1998, Cuijpers et al. 2013, Cuijpers et al. 2014, Huhn et al. 2014, Karyotaki et al. 2014, Guina & Merrill 2018). Psychische Störungen sind jedoch fluktuierende und chronische Probleme (vgl. die Abwärtsspirale in Abb. 1). Was daher wirklich zählt, ist eine nachhaltige Verbesserung. Die zu deren Beurteilung erforderlichen Langzeitstudien sind sehr aufwändig

und daher selten. Wenn Katamnesen überhaupt vorliegen, dann sind sie i.d.R. kurzfristig (wenige Monate bis ein Jahr). Langfristige Katamnesen über den Zeitraum von 5, 10 oder 20 Jahren sind seltene Ausnahmen. Aber auch wenn noch viel Arbeit geleistet werden muss, so liegen dennoch hinreichend Daten vor, um die behauptete Erfolgsgeschichte der Psychopharmaka zu überprüfen. Dabei zeigt sich, dass diese im starken Widerspruch zur vorhandenen Evidenz steht (Kirsch 2010, Margraf & Schneider 2016).

Langfristig übertrifft KVT bei Angststörungen wie Panik und Phobien oder Zwängen noch eindeutiger Benzodiazepine und Antidepressiva (Lelliott et al. 1987, Marks et al. 1993, Butler et al. 2006, Hofmann & Smits 2008, Wang et al. 2017, Guina & Merrill 2018). Bei den Depressionen wurde zunächst behauptet, dass 70% der Patienten auf Antidepressiva und 30% auf Placebo ansprechen (vgl. Voderholzer & Barton 2016). Heute liegen diese Zahlen jedoch näher bei 40% und 30% (Khan & Brown 2015). Die durchschnittliche Effektstärke von Antidepressiva in Studien, die bei der FDA (Food and Drug Administration) eingereicht wurden, liegt bei 0,30 (Gibertini et al. 2012), und wenn die klinische Signifikanz und „reale“ Patienten betrachtet werden, sind sie im Durchschnitt kaum besser als Placebo (Kirsch 2010).

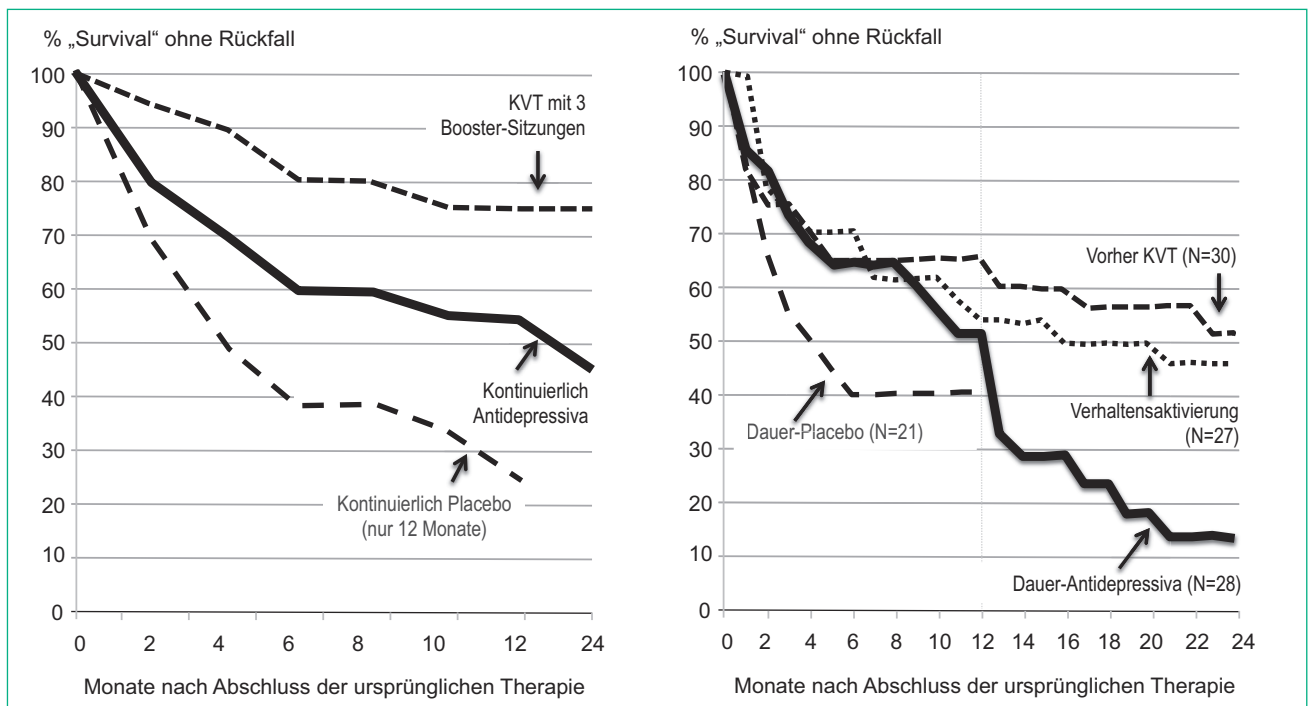


Abb. 4: Nachlassende Therapiewirkung unter Dauermedikation. 4a. Langfristige Wirkung antidepressiver Behandlungen nach Remission der zunächst behandelten Episode („Zielepisode“). Hollon et al. (2005) verglichen kognitiv-behaviorale Therapie (KVT mit 3 Booster-Sitzungen) mit einer dauerhaft fortgesetzten SSRI- bzw. Placebo-Behandlung. Dargestellt ist der Anteil an Patienten, die in den drei Bedingungen über 12 (Placebo) bzw. 24 Monate (SSRI und KVT) frei von Rückfällen waren. 4b. Mehr Rückfälle mit dauerhafter SSRI-Behandlung als mit kurzer kognitiv-behavioraler oder rein behavioraler (Verhaltensaktivierung) Behandlung der Depression (Dobson et al. 2008). Nach dem Abschluss einer initialen Behandlungsphase wurden die KVT- und VT-Behandlungen vollständig beendet, die SSRI- und Placebo-Behandlungen wurden dagegen über 24 Monate bzw. 12 Monate fortgesetzt. Dargestellt sind „Survival-Kurven“ (Anteil Patienten ohne Rückfall über die genannten Zeiträume).

Bei der Nachhaltigkeit der Therapiewirkungen trennt sich dann endgültig die Spreu vom Weizen. Langfristige Katamnese- zu medikamentösen Therapien fehlen weitgehend, die wenigen Ausnahmen sind methodisch hoch fragwürdig. So waren etwa in der Metaanalyse von Bakker et al. (2002) zum Katamnesezeitpunkt nur noch 15 % der Patienten aus den Medikamentenbedingungen untersuchbar. Dennoch ist inzwischen klar, dass bei medikamentösen Behandlungen in aller Regel nach dem Ende der Therapie auch das Ende der therapeutischen Wirkung zu beobachten ist (Dawson et al. 1998, Reimherr et al. 1998, Viguera et al. 1998, Baldessarini et al. 2002, Fava 2003, Guina & Merrill 2018). Bei Angststörungen kreuzen sich die Linien für Placebo und anxiolytischer bzw. antidepressiver Therapie schon nach wenigen Wochen oder Monaten (Ballenger et al. 1988, Pecknold et al. 1988, Elkin 1990, Marks et al. 1993, Greenberg & Fisher 1997, Guina & Merrill 2018). Bei Patienten mit schwerer Depression ist ein Rückfall nach dem Absetzen der Antidepressiva die Regel (50-80%, durchschnittlich rund 60%), bei Psychotherapie dagegen die Ausnahme (20-50%, durchschnittlich rund 30%, Voderholzer & Barton 2016). Insgesamt übertrifft die Psychotherapie, insbesondere KVT, im Allgemeinen Antidepressiva und Anxiolytika bei den langfristigen Ergebnissen nach Therapieende deutlich (Lelliott et al. 1987, Tolin 2010, Bockting et al. 2015, Vittengl & Jarrett 2015, Voderholzer & Barton 2016, vgl. Abschnitt zur Psychotherapie unten).

Zwei konkrete Beispiele vertiefen diese Aussagen (Abb. 4). Hollon et al. (2005) verglichen die langfristige Wirksamkeit von dauerhafter SSRI-Gabe, Placebo und KVT in der Depressionsbehandlung. Die Psychotherapie war einer kontinuierlichen Behandlung mit SSRI oder Placebo deutlich überlegen (vgl. Abb. 4a). Diese Studie ist relevant, weil Verfechter der pharmakologischen Behandlung gelegentlich zwar das Fehlen dauerhafter Erfolge eingestehen, daraus aber ableiten, dass die Medikamente dann eben längerfristig oder gar dauerhaft gegeben werden müssten. In der Tat sind die Verschreibungsdauern auch stark angestiegen (s.u.). Die Ergebnisse von Hollon et al. (2005) zeigen, dass dies keine Lösung ist.

Eine weitere sehr relevante Studie zur anhaltenden Gabe von Antidepressiva stammt von Dobson et al. (2008). Abb. 4b zeigt daraus den Anteil mittelfristig rückfallfreier Patienten („Survival“-Kurven) nach einer Depressionstherapie mit SSRI's, Placebo, KVT oder Verhaltensaktivierung. Wichtig ist auch hier, dass die Patienten der beiden Medikamentengruppen nach Abschluss der ursprünglichen Therapie dauerhaft mit Antidepressiva oder Placebo (24 bzw. 12 Monate) weiterbehandelt wurden. Die Patienten der beiden Psychotherapie-

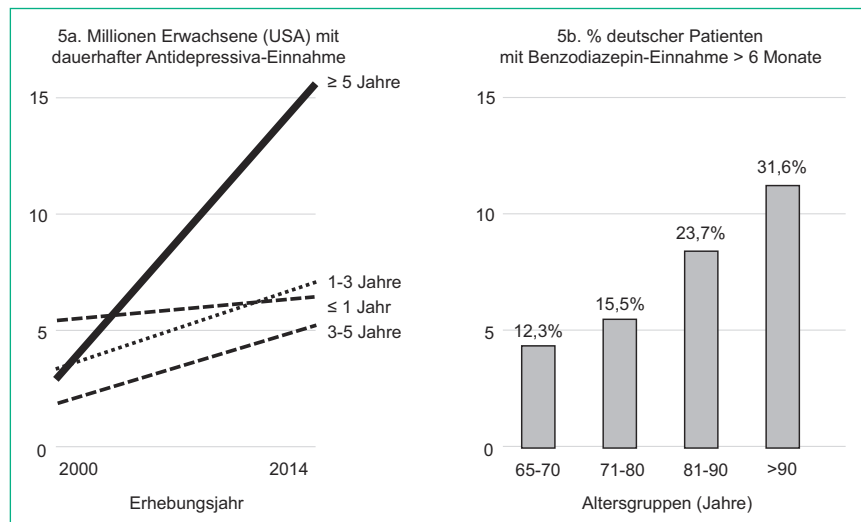


Abb. 5: Steigende Langzeiteinnahme von Psychopharmaka. 5a. Fast 7% der Amerikaner nehmen dauerhaft Antidepressiva (Tendenz steigend, Quelle National Health and Nutrition Survey der USA, zitiert nach New York Times 12. April 2018). 5b. Steigender Anteil von langfristiger Benzodiazepin-Einnahme (>6 Monate) mit zunehmendem Alter bei allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Patienten in Deutschland (Quelle: Jacob et al. 2017).

gruppen erhielten dagegen keine weitere Therapie. Trotz dieser „strukturellen Benachteiligung“ zeigen die Ergebnisse die geringste „Survival“-Rate unter anhaltender antidepressiver Behandlung: 24 Monate nach Ende der Therapie waren nur rund 15 % der dauerhaft mit Antidepressiva behandelten Patienten frei von Rückfällen. Dieser Wert war rund dreimal geringer als derjenige der Patienten, die zuvor eine der beiden zeitbegrenzten psychologischen Behandlungen erhalten hatten.

Auch das zweite Desiderat des SGB V, die Sicherheit, wirft große Fragen auf. Von besonderer Bedeutung für die Suchttherapie sind neben dem bekannten Abhängigkeitsrisiko der Benzodiazepine und der „Z-Drugs“⁴ in jüngerer Zeit die Absetzprobleme bei Antidepressiva und die sich häufenden Erkenntnisse zu den negativen Folgen der Langzeiteinnahme der gängigen Medikamente. Hier bieten die Daten zunehmend Anlass zur Sorge. Dabei handelt es sich meist nicht um kontrollierte randomisierte Therapiestudien, sondern um sorgfältige Laboruntersuchungen von Menschen, die langfristig psychopharmakologisch behandelt worden waren (z.B. Barker et al. 2004a, 2004b, Charlson et al. 2009). Entgegen aller anderslautenden Empfehlungen, Richtlinien und Leitlinien ist die Langzeiteinnahme kein Randphänomen, sondern selbst bei Benzodiazepinen und erst recht bei Antidepressiva weit verbreitet. Vor kurzem wies ein Bericht in der New York Times

darauf hin, dass mittlerweile fast 7% der amerikanischen Erwachsenenbevölkerung seit mindestens fünf Jahren kontinuierlich Antidepressiva einnehmen (vgl. Abb. 5a). Auch in Deutschland geht der Trend zu immer längeren Einnahmezeiten und dies nicht nur bei Antidepressiva (Janhsen et al. 2015, Schwabe et al. 2018). Dies ist besonders in der älteren Bevölkerung besorgniserregend, wo in allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Praxen etwa jeder achte Patient über 65 und sogar jeder vierte über 80 Jahren bereits mehr als 6 Monate kontinuierlich Benzodiazepine einnimmt (Jacob et al. 2017, vgl. Abb. 5b). Bemerkenwerterweise lag der Anteil der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen bei Patienten mit Depressionen sogar höher als bei Patienten mit Angststörungen (20,8% vs. 15,5%, Jacob et al. 2017).

Zudem werden die Medikamente nicht nur sehr oft sehr lang, sondern häufig auch ohne ausreichende Indikation und in zu hoher Dosierung verschrieben (Jureidini & Tonkin 2006, Janhsen et al. 2015). Zu den negativen Folgen des langfristigen Gebrauchs von Benzodiazepinen zählen Entzugssyndrome, verschlimmerte Angstzustände, kognitive Beeinträchtigungen und Funktionsstörungen, wobei eine klare Dosis-Wirkungsbeziehung besteht (Barker et al. 2004a, 2004b, Charlson et al. 2009, Kripke et al. 2012, Lader 2014, Manthey et al. 2014, Walton et al. 2016, Soyka 2017, Guina & Merrill 2018). Obwohl westliche Regierungen seit den 1980er Jahren warnen, dass Benzodiazepine süchtig machen und nicht langfristig eingesetzt werden sollten (vgl. Lader 2014, Soyka 2017, Guina & Merrill 2018), wird dieses Risiko immer wieder heruntergespielt (Baldwin et al. 2013, Starcevic

4 Z-Drugs: Nicht-Benzodiazepin-Medikamente, deren Effekte denen der Benzodiazepine ähneln und deren generische Bezeichnungen meist mit dem Buchstaben Z beginnen, z.B. Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon.

2014, DHS 2018, Agarwal & Landon 2019). Dies verwundert angesichts seriöser Schätzungen von bis zu 1,6 Millionen Benzodiazepin-Abhängigen in Deutschland (Janhsen et al. 2015).

Auch zur Sicherheit der modernen Antidepressiva (neben SSRI, Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmern (SNRI), Bupropion, Mirtazapin, Trazodon, Agomelatin, Vilazodon, Levomilnacipran, Vortioxetin) liegen inzwischen besorgniserregende Befunde vor (zusammengefasst bei Carvalho et al. 2016, Fava et al. 2017, Locher et al. 2017, Luft et al. 2018). Unerwünschte Wirkungen reichen von leicht und vorübergehend bis zu schwer und verzögert. Sie umfassen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, gastrointestinale Symptome, Gewichtszunahme, Stoffwechselanomalien, Hepatotoxizität, Urogenitalsymptome, sexuelle Dysfunktion, Hyponatriämie, Osteoporose mit Frakturrisiko, Blutungen, Schwitzen, Schlafstörungen, affektive Probleme, Augenbeschwerden, Hyperprolaktinämie und Störungen des zentralen Nervensystems wie Senkung der Anfallsschwelle, extrapyramidale Nebenwirkungen, kognitive Störungen, Wechsel zu Manie sowie langfristig erhöhtes Risiko neuer depressiver Phasen. Weitere Problemfelder sind Suizidalität, Überdosierung, Risiken während Schwangerschaft und Stillzeit sowie das Risiko von Malignomen. Angaben zu den möglichen Mechanismen negativer Effekte finden sich u.a. bei Moncrieff (2008), Fava et al. (2015, 2017) und Carvalho et al. (2016).

Ein oft unterschätztes Problem bei der Verwendung fast aller SSRIs und SNRIs sind Absetz- bzw. Entzugssymptome bei Behandlungsabbrüchen oder Unterbrechungen (Wilson & Lader 2015, Fava et al. 2015). Zum klinischen Bild gehören Zittern, Tachykardie, schockartige Empfindungen, grippeähnliche Symptome, sexuelle Dysfunktion, Parästhesie, Myalgie, Tinnitus, Neuralgie, Ataxie, Schwindel, Schlafstörungen, lebhaftere Träume, Übelkeit, Erbrechen und Durchfall, aber auch vermehrte Angst und Stimmungsschwankungen, die oft als Wiederauftreten der ursprünglichen Angst- oder Depressionsprobleme fehlinterpretiert werden (Carvalho et al. 2016). Abruptes Absetzen der Antidepressiva kann zudem innerhalb von Tagen oder Wochen zu manischen oder hypomanischen Episoden führen (Narayan et al. 2011). Die mit den neueren Antidepressiva verbundenen Absetzerscheinungen sind durchaus mit den Abhängigkeits- und Entzugssymptomen von Benzodiazepinen vergleichbar (Fava et al. 2015). Sie treten i.d.R. innerhalb weniger Tage nach Dosisreduktion oder Absetzen auf und sind z.T. mild und vorübergehend, können aber auch über Monate und sogar Jahre anhalten (Chouinard & Chouinard 2015). Die Bezeichnung dieser z.T. schweren und unvorhersehbaren Reaktionen als „Discontinuation Syndromes“ wird inzwischen kritisiert, da damit das Abhängig-

keitspotenzial verschleiert wird (Starcevic et al. 2015). Stattdessen halten Fava et al. (2015) den Begriff „Withdrawal Syndrome“ für angemessen, bei langer Dauer postulierte Chouinard & Chouinard (2015) eine „Persistent Postwithdrawal Disorder“. Entzugssymptome sind am stärksten bei Wirkstoffen mit kürzerer Halbwertszeit und hoher Wirksamkeit, wie Venlafaxin und Paroxetin, und können auch bei langsamem Absetzen nicht ausgeschlossen werden (Fava et al. 2015, Carvalho et al. 2016). Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass der aktuelle Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung erstmals eine höhere Zahl von Medikamentenabhängigen als von Alkoholabhängigen in Deutschland berichtet (BMG 2017). Auf die Epidemie der Benzodiazepinabhängigen könnten Probleme mit den SSRIs und weiteren Antidepressiva folgen.

Besonders intensiv umstritten ist das Auftreten von Suizidalität, selbstverletzendem Verhalten und Fremdaggression unter Antidepressiva-Behandlung (Zusammenfassungen bei Carvalho et al. 2016, Sharma et al. 2016, vgl. auch Götzsche 2015). Suizidalität ist ein häufig unterschätztes negatives Ergebnis in den SSRI-Studien, obwohl es erste Hinweise bereits seit 1990 gab (Braun et al. 2016). Besonders kritische Ergebnisse bei Kindern und Jugendlichen führten offizielle Institutionen wie die britische MHRA⁵ zu dem Schluss, dass SSRIs zur Behandlung von Depressionen hier schädlich sein können (vgl. Whittington et al. 2004, Wohlfarth et al. 2006, Vitiello et al. 2009, Karyotaki et al. 2014). Die FDA⁵ verfügte bereits seit 2004 „Black Box“-Warnungen, in denen sie vor dem Suizidrisiko im Zusammenhang mit der Verwendung von Antidepressiva bei Kindern und Jugendlichen warnt (Stone 2014). Auch die EMA⁵ warnt seit 2005 vor einem erhöhten Risiko für Suizidalität und Fremdaggression („hostility“, EMA 2005) und die deutsche AWMF⁵-Leitlinie zur Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen weist ebenfalls auf das Suizidrisiko hin (Dolle & Schulte-Körne 2013). Insgesamt bescheidenen bis moderaten therapeutischen Effekten steht hier ein verdoppeltes Risiko für Suizidalität und Fremdaggression gegenüber (Sharma et al. 2016). Das Risiko ist besonders groß bei höheren therapeutischen Dosierungen, obwohl diese keine bessere therapeutische Wirkung haben (Miller et al. 2014). Für Antidepressiva bei Erwachsenen dagegen gibt es weder eindeutige Belege für ein erhöhtes Risiko noch für eine Schutzwirkung bei Suizidalität (Braun et al. 2016, Sharma et al. 2016, Carvalho et al. 2016).

⁵ MHRCA: Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (Großbritannien), EMA: European Medicines Agency (EU), FDA: Food and Drug Administration (USA), AWMF: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften.

„Garbage in – Garbage out“ – Zur Qualität der Evidenzbasis

Ein besonders düsteres Kapitel in diesem Zusammenhang betrifft die selektive Publikation von Ergebnissen, die z.T. bis zur Grenze der Fälschung reicht. So zeichnet sich die Literatur zur potentiellen Suizidalität durch mangelhafte Berichterstattung von Daten und die Verteilung von suizidrelevanten Erkenntnissen auf verschiedene Kategorien aus (Pigott 2009, 2010, Vitiello et al. 2009, Doshi et al. 2013, LeNoury et al. 2015, Sharma et al. 2016). In einer großen vom National Institute of Mental Health (NIMH) finanzierten Studie zu Fluoxetin vs. Placebo bei Jugendlichen berichteten Kenward et al. (2009), dass am Ende von 36 Wochen Therapie „keine Unterschiede zwischen den Gruppen in der Rate der suizidalen Ereignisse“ bestünden. Aber eine sorgfältige Betrachtung zeigt, dass 17 der 18 Jugendliche, die in den 36 Wochen Suizidversuche begingen, dies unter Fluoxetin taten (Tabelle 1 aus Vitiello 2009, Whitaker & Cosgrove 2015a). Kirsch et al. (2002) und Turner et al. (2008) wiesen nach, dass die selektive Publikation der Studienergebnisse zu Antidepressiva grundsätzlich zu systematischen Fehleinschätzungen der Effektivität dieser Medikamentenklasse führt. Auch in der ebenfalls NIMH-finanzierten STAR*D-Studie, die als „größte und längste Studie zur Beurteilung der Depressionstherapie“ angekündigt wurde, gaben die Autoren nie klar an, wie viele Patienten remittierten und während der einjährigen Erhaltungsphase keine Rückfälle hatten (Rush 2006, vgl. Whitaker & Cosgrove 2015a). Die publizierten Daten erwecken den Eindruck, dass 35-40% der 4041 Studienpatienten in diese Kategorie der besten Ergebnisse fielen. Eine unabhängige Auswertung zeigte jedoch, dass am Ende eines Jahres nur noch 3% der Patienten (N=108) in Remission und in der Studie waren (Pigott 2009, 2010).

Eine besonders eindrückliche Illustration der Notwendigkeit, versteckte Informationen in klinischen Studienberichten zu identifizieren, um das Risiko-Nutzen-Profil adäquat zu beurteilen, liefert die „RIAT-Initiative“ (Restoring Invisible and Abandoned Trials, Doshi et al. 2013). Hier zeigte die unabhängige Reanalyse der mittlerweile einschlägig bekannten Studie 329, dass in Wirklichkeit weder das untersuchte SSRI (Paroxetin) noch Imipramin therapeutische Wirkung bei depressiven Jugendlichen aufwiesen, zugleich aber mit signifikant mehr unerwünschte Ereignisse einschließlich Suizidalität einhergingen (LeNoury et al. 2015). Auch unter der anschließenden 6-monatigen Dauermedikation sowie in der Absetzphase gab es mehr unerwünschte Ereignisse als bei Placebo, zudem war die Rückfallrate nach Therapieende bei Paroxetin doppelt so hoch (41% vs. 21%) (Le Noury et al. 2016). Verblüffenderweise schweigen die Autoren der ursprünglichen Veröffentlichung

chung von Studie 329 (Keller et al. 2001) ebenso wie die der anderen oben erwähnten Studien noch immer zu den gravierenden Ergebnissen der Reanalysen, wie Doshi (2015) in einem Editorial des British Medical Journal hervorhebt.

Leider sind auch verschwiegene Interessenkonflikte (Doshi 2015) und „Medical Ghostwriting“ durch Firmenmitarbeiter keine Seltenheit (Langdon-Neuner 2008, Jureidini et al. 2016, Sommersguter-Reich et al. 2018). Angell (2004, 2009), Whitaker & Cosgrove (2015a, 2015b), Aderhold (2017, 2018) und Sommersguter-Reich et al. (2018) haben das Problem des korrumpierenden Einflusses finanzieller Interessen, seine institutionelle Verankerung und die sozialen Folgeschäden beschrieben. Ein Beispiel aus Deutschland betrifft die Zulassung von Fluoxetin (Prozac bzw. Fluctin). Diese erfolgte erst 1990 unter Umständen, die nach Presseberichten fragwürdig waren (Süddeutsche Zeitung vom 16./17. Februar 2013, Wochenende, Reportage V2/3: „Die Pille zum Glück“). Eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion der Linken stellt dazu fest: „Mindestens zwei Mitglieder der Zulassungskommission hatten demnach Kontakt mit dem pharmazeutischen Unternehmen Eli Lilly, obwohl dies nach den Regularien streng verboten ist. Zuvor war dem Medikament bereits zweimal die Zulassung versagt worden, da es nicht ausreichend geprüft worden sei (vgl. Antrag auf Zulassung des Arzneimittels Fluctin, Bundesgesundheitsamt, Schreiben vom 26. April 1988).“ (Deutscher Bundestag 2017, S.1-2).

Die Arbeit von Le Noury, Doshi und anderen unterstreicht die Notwendigkeit, primäre Studiendaten zur Verfügung zu stellen, um die Korrektheit der Evidenzbasis zu erhöhen. Es ist daher gut, dass durch die neue Richtlinie der EMA (European Medicines Agency 2014), alle neu vorgelegten Berichte öffentlich zugänglich zu machen, in Zukunft weitere Daten aus klinischen Studienberichten für unabhängige Reanalysen verfügbar werden sollten.

Auch beim dritten Gebot des SGB V, der Wirtschaftlichkeit, ist die Sachlage zu den Psychopharmaka deutlich kritischer als gemeinhin von Psychiatrie und Industrie behauptet. Die häufig automatisch getroffene Annahme, dass Medikamente günstiger bzw. kosten-effektiver als Psychotherapie seien, lässt sich nach den vorhandenen Daten nicht aufrechterhalten (vgl. unten den Abschnitt zur Psychotherapie). Damit stellt sich die Frage nach der Abwägung von Risiken und Nutzen in verschärfter Form neu. Wegen möglicher Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung gilt dies ganz besonders für Kinder und Jugendliche (vgl. Margraf & Schneider 2016). Bei der Auswahl von Interventionen müssen generell positive und negative Wirkungen gegeneinander abgewogen werden, wobei die positiven

Effekte deutlich überwiegen sollten. Die geschilderten Daten werfen jedoch die Frage auf, ob die Realität für psychopharmakologische Behandlungen nicht genau umgekehrt aussieht, ob wir also die negativen Wirkungen nicht massiv unterschätzt und zugleich die positiven Wirkungen überschätzt haben (Kirsch et al. 2002, Jureidini & Tonkin 2006, Moncrieff 2008, Kirsch 2010, Margraf & Schneider 2016, Voderholzer & Barton 2017, Fava et al. 2017).

Dass Psychopharmaka dennoch so häufig verwendet werden, liegt auch am massiven Einfluss der Industrie auf Publikationen, Ausbildungen und Fachgesellschaften der Psychiatrie. Nach Einschätzung des Vorstandsvorsitzenden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft gibt es „bei der Information der Ärzte weiterhin eine Dominanz des Pharmamarketings. Wir haben ein Monopol der Hersteller über die Information der Mediziner.“ (Zitat aus Die Welt, 5. März 2015). Die direkte Bewerbung von Medikamenten in der Allgemeinbevölkerung ist unter den entwickelten Ländern nur in den Vereinigten Staaten und Neuseeland legal, sie geht dort mit entsprechenden Verkaufserfolgen einher (Lacasse & Leo 2005, Jureidini & Tonkin 2006, Deacon 2014). In Ländern, in denen es keine derartige Direktvermarktung gibt, richten sich die Werbemaßnahmen z.B. auf Kampagnen, die das Bewusstsein für Depressionen erhöhen. Auch wenn hier nicht notwendigerweise spezifische Antidepressiva direkt angesprochen werden, so haben diese Maßnahmen einen deutlichen verkaufsfördernden Effekt (vgl. Healy 2004). Jureidini & Tonkin (2006) weisen darauf hin, dass die zuständigen Behörden die potenziellen Vorteile der Bereitstellung unabhängiger Informationen für alle Verordnenden ebenso prüfen sollten wie unterstützende Aktivitäten, die nachweislich das Verschreibungsverhalten ändern. Generell stünden den ausgeklügelten und gut finanzierten Marketingprogrammen zur Maximierung des Einsatzes von Antidepressiva nur unzureichende Abwehrmaßnahmen entgegen, so dass ein stärkerer Regulierungsansatz in Betracht gezogen werden müsse. Inzwischen mehren sich auch kritische Stimmen aus der Psychiatrie. Bereits im Jahr 2002 hatte etwa Giovanni Fava angesichts der wachsenden Probleme auf die „spektakulären Leistungen der Propaganda in der Vermarktung der SSRI’s“ hingewiesen (Fava 2002, vgl. Fava 2003, Fava et al. 2004, Fava & Offidani 2011, Fava et al. 2017, in Deutschland z.B. Aderhold 2017, 2018).

Arm, bildungsfern und vernachlässigt: die soziale Seite

Bisher haben wir uns vor allem mit der „Bio-Seite“ des eigentlich umfassenderen biopsychosozialen Modells beschäftigt. Nun ist es an der Zeit, die soziale Seite in

den Blick zu nehmen, auch wenn diese in den letzten Jahren aus der Mode geraten ist. Dabei können sowohl soziale Unterschiede innerhalb von Kulturen untersucht werden, als auch verschiedene Kulturen im Hinblick auf psychische Gesundheit verglichen werden. Ein erhöhtes Risiko in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen ist für eine Reihe psychischer Erkrankungen gut dokumentiert (Bromet 2011). Eine Meta-Analyse von 51 bevölkerungsbasierten Studien zeigte, dass Erwachsene in der untersten sozialen Schicht im Vergleich zu jenen in der obersten Schicht ein fast doppelt so hohes Risiko für Depressionen aufweisen (Lorant 2003). In Deutschland ist die 12-Monats-Prävalenz für affektive Störungen bei niedrigem sozioökonomischen Status mehr als doppelt so hoch wie bei hohem (14% vs. 6,3%; Jacobi et al. 2014). Darüber hinaus ist dieser Gradient der sozialen Schicht über die gesamte Lebensdauer vorhanden (Mauz & Jacobi 2008, Chang et al. 2010, Mattheys et al. 2016). Obwohl soziale Schicht oft als kombinierter Index von Beruf, Einkommen und Bildung operationalisiert wird, tritt der Gradient psychischer Störungen im Allgemeinen auch bei der Analyse jedes einzelnen Indikators auf (Andersen 2009, Fryers 2005, Schlaw et al. 2019). Silva et al. (2016) erfassten in einer Meta-Analyse 150 Studien zu den sozialen Determinanten psychischer Gesundheit. Zu den wichtigsten individuellen Faktoren, die einen signifikanten unabhängigen Zusammenhang mit einer schlechteren psychischen Gesundheit aufwiesen, gehörten niedriges Einkommen, niedriges Bildungsniveau, niedriger sozioökonomischer Status, Arbeitslosigkeit, finanzielle Belastung und wahrgenommene Diskriminierung. Zusammenhänge auf Gebietsebene gab es mit sozioökonomischen Bedingungen in der Nachbarschaft, Sozialkapital, geografischer Verteilung und gebauter Umwelt, Nachbarschaftsproblemen und ethnischer Zusammensetzung. Selbst für die Psychosen liegen starke Beweise für umweltbezogene Risikofaktoren vor, die zudem mit genetischen Faktoren zusammenwirken können (van Os et al. 2008, Zammit et al. 2010). Dabei übersteigt das relative Risiko einzelner Umweltstressoren bei exponierten Individuen die Auswirkungen häufiger genetischer Varianten bei weitem: Tost & Meyer-Lindenberg (2012) weisen darauf hin, dass für einige soziale Faktoren Risikosteigerungen von etwa 250% beobachtet wurden, für gängige Psychose-Risikofaktoren aus genomweiten Analysen dagegen höchstens 35%.

Ein großes Problem der kulturvergleichenden Forschung ist es, dass dazu meistens Daten aus unterschiedlichen Studien herangezogen werden, die mit heterogenen Methoden zu verschiedenen Zeiten erhoben wurden. Wegen der großen Varianz in Diagnosekriterien und -gepflogenheiten sind

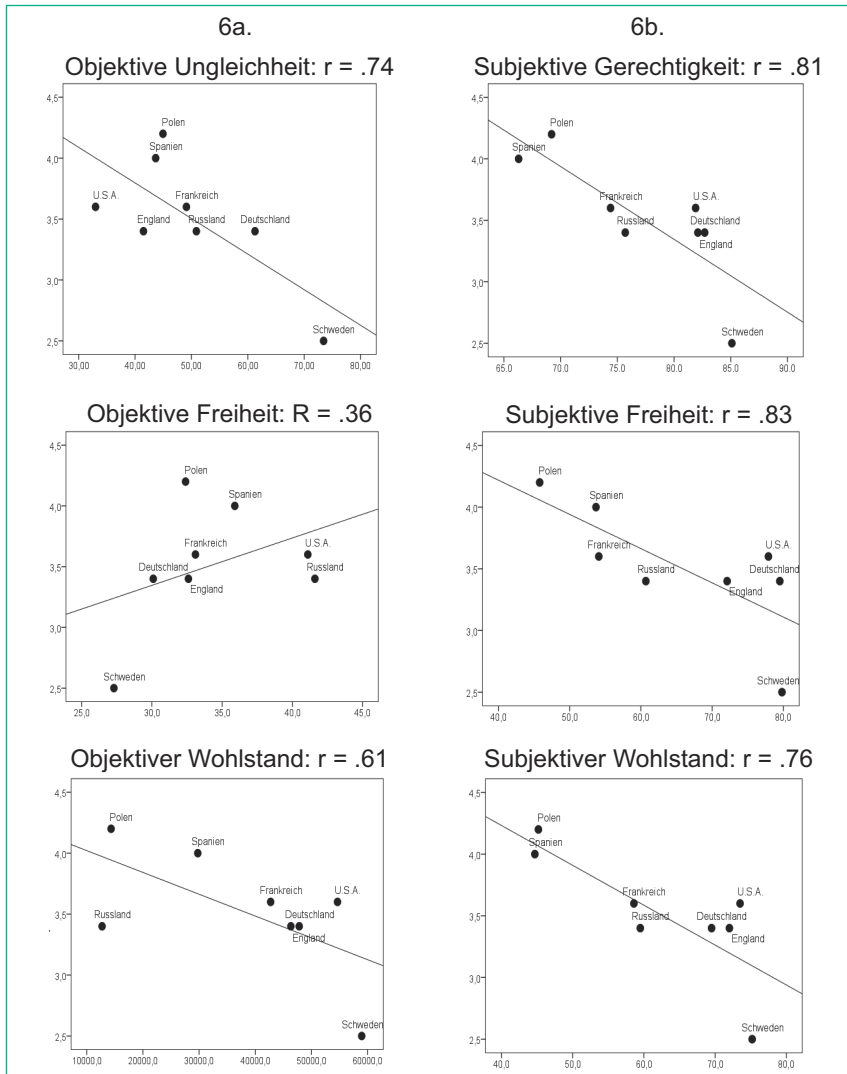


Abb. 6: Zusammenhänge von Depression (erfasst mit DASS 21, jeweils auf der Y-Achse) und Gerechtigkeit, Freiheit, Wohlstand in acht Ländern, die für verschiedene Gesellschaftssysteme stehen (Scholten et al. 2017). 6a. Korrelation objektiver Indikatoren makrosozialer Faktoren mit Depression auf Landesebene. 6b. Korrelation subjektiver Einschätzungen makrosozialer Faktoren mit Depression auf Landesebene.

Tabelle 1: Kein Ausweg? Prozentanteil von Personen der Unterschicht, die die jeweiligen Aussagen bejahten. (Quelle: BOOM-Studie⁶, N rund 2000, repräsentativ für Erwachsene in Deutschland; Definition von sozialer Schicht durch wirtschaftliche Lage, Berufszugehörigkeit und kulturelles Niveau, operationalisiert durch Netto- Haushaltseinkommen, Beruf und Schulbildung des Haushaltsvorstandes)

	%
• Tägliche Aktivitäten sind Quelle von Schmerz und Langeweile	17.6
• Künftiges Leben ist ohne Sinn und Zweck	19.7
• Nie geistige Betätigung (lesen...)	20.5
• Als Person nicht viel wert	20.6
• Starke Spannungen mit nahestehenden Personen	22.1
• Werde wichtige Schwierigkeiten nicht überwinden	29.1
• Tägliches Leben hat wenig Sinn	32.7
• Harte Arbeit lohnt sich nicht	34.2
• Leben lohnt sich nicht	38.1
• Interesse an allem verloren	36.0
• Finanziell belastet	42.3
• Fühle mich als trauriger Verlierer	44.8
• Nie Sport	54.6
• Nichts, auf das ich mich freuen konnte	58.7
• Überhaupt keine positiven Gefühle	60.1
• Wichtige Lebensbereiche (Arbeit, Freizeit Familie) unkontrollierbar	82.4

diese Vergleiche sehr ungenau. Wir haben daher in einer Studie acht verschiedene Länder, die für verschiedene Gesellschaftsmodele stehen, zum gleichen Zeitpunkt und mit derselben standardisierten Methode verglichen (Scholten et al. 2017a, 2018b). Zur Erfassung von Depressionen, Angst und Stressbeschwerden benutzten wir die DASS 21 (Henry & Crawford 2005), ein international gebräuchliches Instrument, das wir zuvor auf kulturvergleichende Messinvarianz überprüft hatten (Scholten et al. 2017b). In allen acht Ländern untersuchten wir zudem das Ausmaß an subjektiv eingeschätzter Gerechtigkeit, Freiheit und Wohlstand sowie objektive Indikatoren dieser makrosozialen Faktoren. Abb. 6 zeigt, dass es über die verschiedenen Länder hinweg ausgeprägte Zusammenhänge zwischen den makrosozialen Faktoren und dem Ausmaß an Depressionen gibt. Ähnliche Zusammenhänge fanden wir auch für die Angst- und Stress-Skalen der DASS 21.

Als Beispiel für den zweiten Forschungsansatz, den Zusammenhang zwischen psychischer Befindlichkeit und sozialen Faktoren innerhalb einer Kultur, zeigt Tab. 1 den Anteil von Personen aus der Unterschicht, die in einer repräsentativen Erhebung für Deutschland den darin enthaltenen Aussagen zustimmten. Die Daten stammen aus der BOOM-Studie⁶ zur Identifikation kausaler Schutz- und Risikofaktoren für positive psychische Gesundheit sowie Depression, Angst und Stress.

Es fällt auf, dass über 80% der Probanden aus der Unterschicht wichtige Lebensbereiche für sich als unkontrollierbar erleben, 60% für die vergangene Woche überhaupt keine positiven Emotionen angeben können und rund die Hälfte sich als traurige Verlierer fühlen. Überdies geben etwa ein Drittel der Befragten an, ihr tägliches Leben habe wenig Sinn, harte Arbeit lohne sich nicht und das Leben lohne sich insgesamt nicht. Etwa ein Fünftel findet, sie seien als Person nicht viel wert und ihre täglichen Aktivitäten seien eine Quelle von Schmerz und Langeweile. Zusammengefasst erscheinen diese Einstellungen als ein erschütterndes Rezept für eine Zementierung ihrer schwierigen sozialen Lage. Man könnte die Einstellungen insgesamt unter die Überschrift „kein Ausweg!“ setzen. In der gleichen Studie fanden wir einen ausgeprägten „Dosis-Wirkung-Zusammenhang“ zwischen sozialer Schicht und Angstsymptomen (Abb. 7). So gaben in der Unterschicht über 20% an, in der vergangenen Woche das Gefühl einer bevorstehenden Ohnmacht erlebt zu haben. In der Oberschicht war dies nur bei 3,1% der Fall.

⁶ Für Informationen zur BOOM-Studie siehe <http://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/klipsy/projekte/boom/de/boom-home-de.html>

Alle bisher hier genannten Studien sind jedoch korrelativ und daher in ihrer kausalen Aussagekraft eingeschränkt. Studien, die mit quasi-experimentellen oder gar experimentellen Designs kausale Aussagen ermöglichen, sind selten. Wichtige quasi-experimentelle Belege für den Zusammenhang von Armutsreduktion und besserer psychischer Gesundheit stammen aus der Great Smoky Mountains Study (Costello et al. 2016). Im Rahmen dieser Längsschnittstudie kam es zu einer deutlichen Verbesserung des Einkommens armer Familien (zunächst v.a. aus der indianischen Bevölkerung), nachdem ein Casino neue Arbeitsmöglichkeiten bot. Auf den Einkommenssprung, der Familien aus der Armut führte, folgte in den nächsten vier Jahren eine deutliche Verbesserung der v.a. externalisierender psychischer Probleme. Dieses „natürliche Experiment“ ermöglichte Costello et al. (2016) vergleichsweise fundierte Aussagen zur salutogenen Rolle von abnehmender Armut. Inzwischen liegen auch einige experimentelle Studien mit direkten Einkommenstransfers an arme Menschen aus subsaharischen afrikanischen und lateinamerikanischen Ländern vor. Sie weisen ebenfalls auf eine Verbesserung der psychischen Befindlichkeit hin (z.B. Kilburn et al. 2016, Natali et al. 2018, Owuso-Addo et al. 2018). Zudem zeigt eine erste amerikanische Studie mit experimentellem Design ebenfalls positive Effekte von direkten Geldzahlungen („conditional cash transfers“) im Rahmen des New Yorker „Family Rewards Program“ (Miller et al. 2015). Mögliche Mechanismen und eine Bewertung der Evidenz zur der Kausalität diskutierten Kawachi et al. (2010). Insgesamt sind aber direkte sozioökonomische Maßnahmen zur Verbesserung der psychischen Gesundheit noch immer seltene Ausnahmen.

Angesichts der im vorangegangenen Abschnitt diskutierten Überbetonung pharmakologischer Therapien ist es vermutlich nicht verwunderlich, dass die hier zum Ausdruck kommenden sozialen Probleme regelmäßig ebenfalls mit Medikamenten angegangen werden. Niedriges Einkommen, niedrige soziale Schicht und Arbeitslosigkeit gehen tatsächlich mit einer deutlich höheren Rate an langfristigen Psychopharmaka-Verschreibungen einher (z.B. Cunningham et al. 2010, Mokhar et al. 2018). Es ist bekannt, dass Arbeitslosigkeit im allgemeinen die psychische und körperliche Gesundheit beeinträchtigt (McKee-Ryan et al, 2005). Mokhar et al. (2018, S. 11) weisen darauf hin, dass „Menschen ohne Beschäftigung, Tagesstruktur, soziale Kontakte und tägliche Ziele ein höheres Risiko haben, eine psychische Störung zu entwickeln. Es ist auch bekannt, dass der problematische Substanzkonsum die Wahrscheinlichkeit von Arbeitslosigkeit erhöht und die Chance, einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten, verringert. Umgekehrt kann davon ausge-

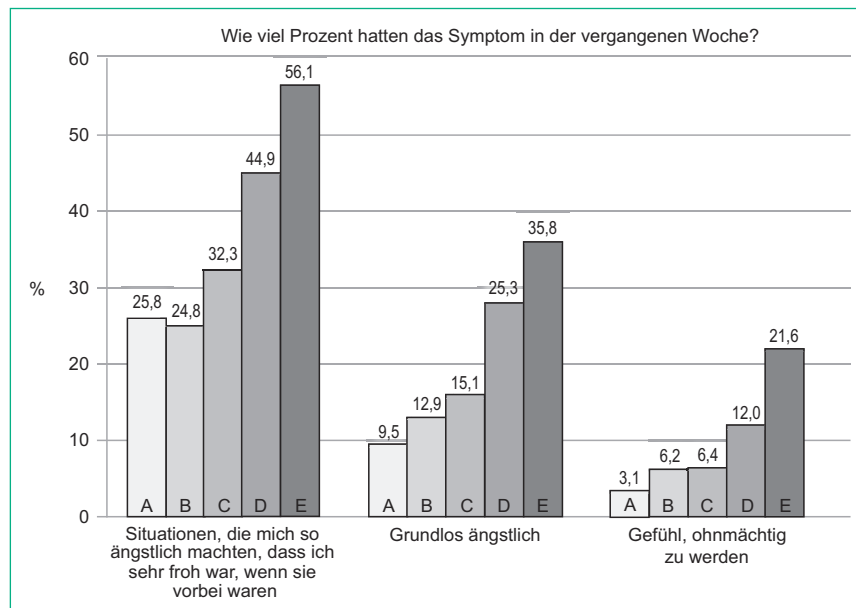


Abb. 7: Soziale Schicht und ausgewählte Angstsymptome in der vergangenen Woche (A-E: oberste bis unterste Schicht, definiert durch wirtschaftliche Lage (Netto-Haushaltseinkommen), Berufszugehörigkeit (Haushaltsvorstand) und kulturelles Niveau (Schulbildung des Haushaltsvorstandes); Quelle: BOOM-Studie⁶, N rund 2000, repräsentativ für Erwachsene in Deutschland).

gangen werden, dass Menschen das Medikament langfristig einnehmen, weil sie aus gesundheitlichen Gründen nicht arbeiten können“ (deutsch vom Verfasser).

Insgesamt zeigt die Forschung zu sozialen Determinanten, dass diese ein vernachlässigtes, aber wichtiges Thema für die psychische Gesundheit darstellen (WHO 2014, Diener & Tay 2015). Ganze Bevölkerungsuntergruppen sind aufgrund ungünstiger sozialer, wirtschaftlicher und ökologischer Bedingungen einem höheren Risiko für psychische Störungen ausgesetzt (Macintyre et al. 2018). Der Nachteil beginnt vor der Geburt und wird über die Lebensspanne kumuliert (WHO 2014). Für das Verständnis und die ggf. die Modifikation von Gesundheitsungleichheiten müssen die unterschiedlichen Erfahrungen und Auswirkungen sozialer Determinanten während der gesamten Lebensspanne beachtet werden. Es steht außer Frage, dass soziale Faktoren langfristig stärker in Forschung, Verhältnisprävention und Gesellschaftspolitik berücksichtigt werden müssen (Fryers et al. 2005, Lund et al. 2018). Dabei liegt es nahe, eine bessere Balance zwischen Gleichheit und dem Leistungsprinzip anzustreben, wie dies etwa in skandinavischen Gesellschaften realisiert wird. In unseren wie auch in anderen Untersuchungen schneiden skandinavische Länder übereinstimmend deutlich besser ab als z.B. angelsächsische Gesellschaften, Deutschland liegt zwischen diesen beiden Polen (Scholten et al. 2017a, 2018b). Wenn es allerdings um kurzfristige Maßnahmen zur raschen Hilfe geht, sind die Effekte sozialer Maßnahmen weniger deutlich bzw. v.a. sehr viel sel-

tener untersucht. Hier muss eine gesellschaftliche Debatte dringend geführt werden, zumal die Mängel eines rein pharmakologischen Ansatzes wie oben dargelegt, immer offenkundiger zutage treten.

Nachhaltig und kosten-effektiv: Psychologische Therapie

Als letzter der drei Ebenen des biopsychosozialen Modells wenden wir uns nun den psychologischen Interventionen bzw. der Psychotherapie zu. Nach einem guten halben Jahrhundert intensiver Forschung ist die Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen im allgemeinen sehr gut abgesichert, dabei liegen die umfassendsten Belege für die KVT vor (zusammengefasst bei Chambless & Ollendick 2001, Barlow et al. 2013, Hunsley et al. 2013, 2014, Layard & Clark 2014, APA 2017, Margraf 2018). Es ist bemerkenswert, dass verschiedene Gutachtergruppen mit z.T. sehr heterogenen Mitgliedern und ganz unterschiedlichen Methoden zu ähnlichen Ergebnissen gelangen wie die ersten Metaanalysen. Inzwischen sind so viele Metaanalysen erschienen, dass zusammenfassende Auswertungen, sogenannte Meta-Metaanalysen notwendig wurden. Als erste fanden Butler et al. (2006) in insgesamt 16 Metaanalysen mit guter methodischer Qualität große Effektstärken. Nur sechs Jahre später identifizierten Hofmann et al. (2012) bereits 269 Metaanalysen zur KVT bei einem sehr breiten Spektrum von psychischen Störungen, problematischem Verhalten und psychischen Aspekten somatischer Beschwerden über die Lebensspanne. Die starke empirische

Basis der KVT ist bei Ängsten, somatoformen Störungen, Bulimie, Ärgerkontrolle und allgemeinem Stress besonders ausgeprägt. Insgesamt kann die Wirksamkeit psychologischer Interventionen durchaus mit derjenigen gängiger Maßnahmen in der somatischen Medizin mithalten, ja übertrifft sie z.T. deutlich. In einer mittlerweile klassischen Darstellung der Effektstärken ergab sich für Psychotherapie im Allgemeinen 0,88, speziell KVT gar 1,21, für Bypass-Operationen in der Herzchirurgie dagegen 0,80, für Pharmakotherapie bei Arthritis 0,61 und für Aspirin zur Prävention von Herzinfarkt lediglich 0,07 (Lipsey et al. 1993, Howard et al. 1994, vgl. Grawe et al. 1994, aktualisiert bei Lutz 2003). Über ihre allgemein gute Wirkung hinaus weisen Verhaltenstherapien bei Ängsten substantiell niedrigere Abbrecherquoten auf als medikamentöse oder Kombinationstherapien (Gould et al. 1995). Zudem bevorzugen Patienten in so gut wie jeder durchgeführten Umfrage psychologische Behandlungen mit großem Abstand gegenüber medikamentösen Behandlungen (McHugh et al. 2013), wobei eine bessere Kosten-Effektivität erzielt wird, wenn Patienten die Therapie ihrer Wahl erhalten (Le et al. 2014).

Im Unterschied zu der Vergänglichkeit psychopharmakologischer Therapien zeigt die vorhandene Evidenz eine bemerkenswerte Stabilität der Wirkung psychologischer Therapien lange über das Therapieende hinaus. Die positiven Effekte bleiben bei den meisten Patienten v.a. nach KVT stabil, einige erfahren sogar weitere Zuwächse (vgl. Miller & Berman 1983; Steinbrueck et al. 1983; Conte et al. 1986; Weisz et al. 1987, 1995, Dobson 1989; Gould et al. 1995; Gloaguen et al. 1998; Ruhmland & Margraf 2001a, 2001b, 2001c, Durham et al. 2005, Margraf 2009, Jarrett et al. 2016, Vittengl & Jarrett 2015, von Brachel et al. im Druck). Zwar ist auch hier noch Platz für weitere Verbesserungen, aber im Durchschnitt gibt es einen stabilen Therapieeffekt. Überdies wiesen Schneider et al. (2013) in einer prospektiven Längsschnittstudie an Kindern von Patienten mit Angststörungen nach, dass Psychotherapie sogar Wirkungen über die Generationengrenze hinweg haben kann (Abb. 8). Sie untersuchten je 40 Kinder von Eltern, deren Angststörungen behandelt bzw. nicht behandelt worden waren, über einen Zeitraum von rund sieben Jahren. Die Kinder erhielten in keinem Fall selbst eine Behandlung, lediglich ihre Eltern hatten in der einen Bedingung eine KVT bekommen.

Der Vergleich nach sieben Jahren zeigte bei den Kindern behandelter Eltern eine deutlich geringere Angstsensitivität sowie deutlich weniger Depression und Agoraphobie. Zudem zeigten sie eine höhere Selbstwirksamkeit. Auch wenn es sich nicht um eine randomisierte kontrollierte Studie handelte, deuten diese Ergebnisse darauf hin, dass die durch eine Psychotherapie bewirk-

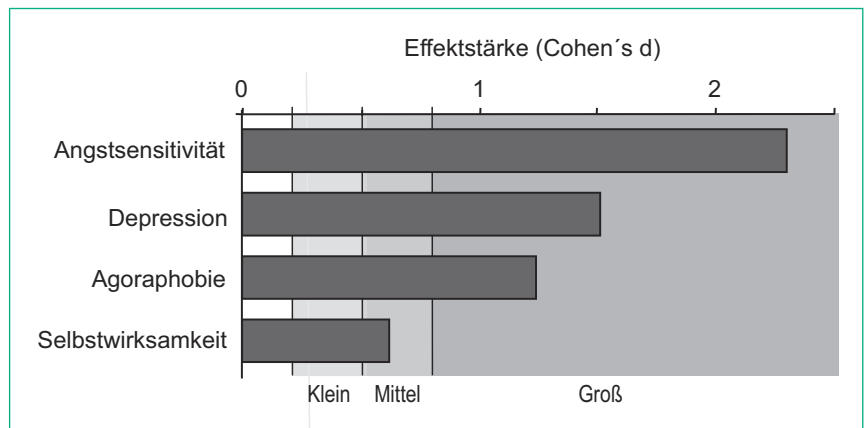


Abb. 8: Transgenerationale Psychotherapie-Wirkungen: Die Therapie der Eltern hat nachhaltig positive Effekte auf Kinder. Prospektive Längsschnittstudie mit Kindern von Angstpatienten, Effektstärken für den Vergleich der Kinder (N=2x40) von behandelten vs. unbehandelten Eltern bzgl. Angstsensitivität, Depression, Agoraphobie und Selbstwirksamkeit nach 7 Jahren (Schneider et al. 2013).

ten Veränderungen bei den Eltern tatsächlich auch zu langfristigen positiven Effekten bei den Kindern führen können.

Grundsätzlich muss bei der Interpretation von Therapieeffekten stets auch der Placeboeffekt bedacht werden, der bei Angststörungen und Depressionen sehr ausgeprägt ist. Kahn et al. (2005) ermittelten in Placebogruppen eine durchschnittliche Reduktion der Werte in Ratingskalen von rund einem Drittel (Depressionen und PTSD) bis sogar 45% (Panik). Bei Zwangsstörungen betrug der Wert dagegen lediglich 11%, bei bipolaren Störungen rund 6,5% und bei Psychosen 1%. Um wie viel besser als Placebo sind verhaltenstherapeutische Maßnahmen? Antworten auf diese Frage liefern zwei Meta-Analysen von Gloaguen et al. (1998) und Hoffmann & Smits (2008). Sie zeigen für den Vergleich von Verhaltenstherapie mit Placebo Effektstärken zwischen 0,35 und 1,37. Bei der Störung mit dem größten Placeboeffekt (Panik) war der relative Abstand von Verhaltenstherapie zu Placebo am geringsten, bei der Störung mit dem geringsten Ansprechen auf Placebo (Zwang) hingegen am größten, Depressionen lagen in der Mitte zwischen diesen beiden Polen. Eine besonders strenge Form der Überprüfung spezifischer Therapieeffekte ist jedoch der Vergleich gegen andere „Bona Fide“-Therapien. Damit sind Therapien gemeint, die nicht als Placebo konzipiert wurden, sondern deren Vertreter von einer spezifischen therapeutischen Wirkung ausgehen. Die Vergleichsgruppen sind hier nicht von vornherein als weniger wirksam geplant, sondern stellen lege artis durchgeführte Therapien eigenen Rechtes da. Tolin (2010) analysierte derartige Vergleiche und fand deutliche Unterschiede im Ausmaß der Überlegenheit verhaltenstherapeutischer Maßnahmen gegenüber anderen „Bona Fide“-Therapien. Der Abstand war am größten für Angststörungen (Hedges' $g=0,44$) und quasi inexistent bei Suchterkrankungen ($g=0,01$).

In einer weiteren Auswertung untersuchte Tolin (2010), ob es einen Zusammenhang mit der Katamnesedauer gab. Dabei zeigte sich, dass mit zunehmender Dauer der Abstand zwischen Verhaltenstherapien und insbesondere psychodynamischen Therapien zunahm. Lag der Unterschied bei Therapieende bei 0,28, so wuchs er bei der Ein-Jahres-Katamnese auf 0,55 an. Da Effektstärken nach Cohen (1988) außerhalb der Wissenschaft nicht immer leicht verständlich sind, schlugen Rosenthal & Rubin (1982) eine anschaulichere alternative Darstellung vor, den „Binomial Effect Size Display“ (BESD, vgl. Abb. 9). Dieser gibt an, bei welchem durchschnittlichen Prozentrang z.B. ein mit der aktiven Therapie behandelter Patient im Vergleich zu einem mit Placebo behandelten Patient liegt.

Schließlich stellt sich neben der Wirksamkeit auch noch die Frage nach der Kosten-Effektivität. Bereits in den 90er Jahren hatten Gould et al. (1995) und Antonuccio et al. (1997) eine bessere Kosten-Effektivität der KVT gegenüber Medikamenten bei Panikstörungen und Depressionen berichtet. In einer Übersichtsarbeit kam Hunsley (2003) zu dem Schluss, dass psychologische Interventionen kostengünstiger sein können als eine optimale medikamentöse Behandlung und aufgrund ihrer Kosteneffektivität das Potenzial haben, die Gesundheitskosten zu senken, da erfolgreich behandelte Patienten in der Regel ihre Inanspruchnahme anderer Gesundheitsdienste reduzieren. Margraf (2009, S. 82) fasste die Evidenz bis 1995 folgendermaßen zusammen: „Die Literaturauswertungen zeigen ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis, d.h. Netto-Einsparungen nach Abzug der Therapiekosten, in einem Drittel bis 88% der Primärstudien. Dieser Effekt wird in der Regel bereits nach 1-2 Jahren erreicht und beruht vor allem auf zeitlich stabilen Kostenreduktionen bei stationären Leistungen und Arbeitsausfallkosten.“

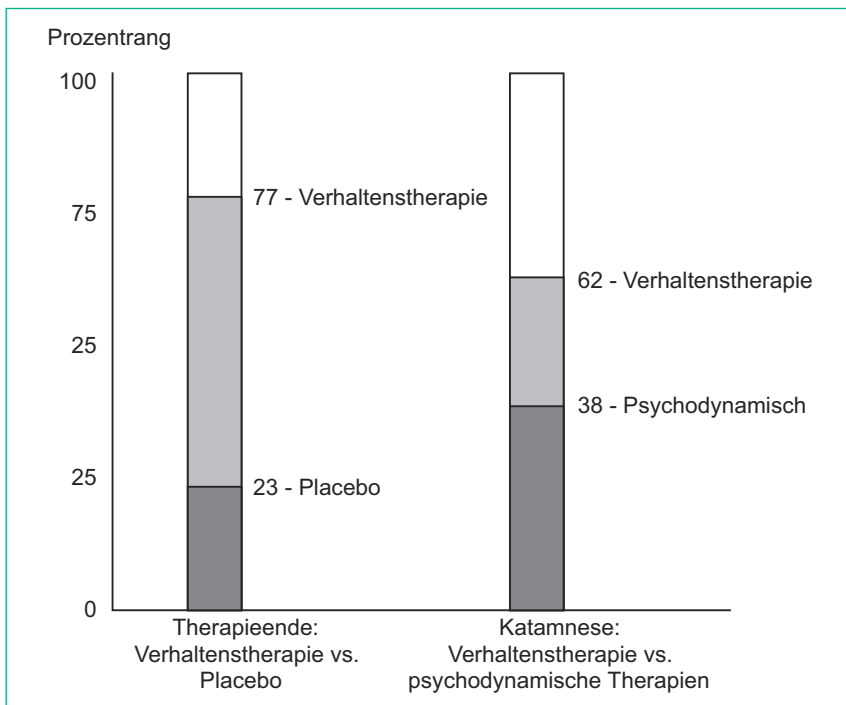


Abb. 9: Beispielhafte Darstellung von Effektstärken (ES) im Binomial Effect Size Display von Rosenthal & Rubin (1982). Dieser gibt beim Vergleich zweier Therapien an, bei welchem durchschnittlichen Prozentrang (PR) die Patienten der jeweiligen Gruppe liegen. Für eine ES von 1,3 (etwa in der Verhaltenstherapie (VT) bei akuten Belastungsstörungen oder Zwangsstörungen) liegt der durchschnittliche mit VT behandelte Patient beim 77ten, der mit Placebo behandelte dagegen beim 23ten PR. Eine ES von 0,5 in der Katamnese entspricht einem PR von 62 für den durchschnittlichen mit VT behandelten Patienten und von 38 für den durchschnittlichen psychodynamisch behandelten Patienten (Werte nach Tolin 2010).

Dabei wurde ein breites Indikationsspektrum untersucht (v.a. Angststörungen, Depressionen, Sucht, Schizophrenien und psychosomatische Beschwerden). Psychotherapie führte in der Regel zu größeren und anhaltenderen Kosteneinsparungen als medikamentöse Therapien. Sie ist v.a. bei Angststörungen und Depressionen kosteneffektiver als psychotrope Medikamente. In 87% der Studien wurden kognitiv-behaviorale und störungsspezifische Kurztherapien untersucht, lediglich 13% der Studien befassten sich mit psychodynamischen, humanistischen oder hypnotherapeutischen Verfahren.“ Für die Zeit von 1995-2004 konnte Margraf (2009) dann weitere 54 Studien zu Kosten und Nutzen von Psychotherapien auswerten. Dabei wurden insgesamt 13.225 Patienten aus Europa, Nordamerika, Indien und Australien behandelt (durchschnittlich 245 pro Studie). Die Ergebnisse zeigten einen starken „Cost Offset“-Effekt (einen Einspareffekt, bei dem die Ausgaben nach der Therapie niedriger liegen als davor). In 36 der 38 Studien, die dies untersuchten (95%), wurde dieser Einspareffekt gefunden. 35 Studien untersuchten, ob es auch eine Nettoeinsparung gab, d.h. ob die Einsparung durch die Therapie größer war als die Kosten der Therapie. In 30 dieser 35 Studien (86%) zeigte

sich eine derartige Nettoeinsparung. Zudem zeigte sich in 13 der 17 Studien (76%), die dies untersuchten, dass psychotherapeutische Maßnahmen kosteneffektiver waren als medikamentöse Therapien (Margraf 2009). Bei der Bewertung dieser Ergebnisse muss berücksichtigt werden, dass hier nur kurze Psychotherapien, v.a. aus der kognitiven Verhaltenstherapie, untersucht wurden. Wichtig ist darüber hinaus, dass eine ganze Reihe von Studien unter klinischen Routinebedingungen durchgeführt wurden und damit über eine hohe externe Validität verfügten. Dies macht die Ergebnisse gut generalisierbar. Inzwischen sind weitere Arbeiten mit ähnlichen Ergebnissen erschienen (z.B. Le et al. 2014).

Der wichtigste Beitrag zur Übertragbarkeit der Forschungsergebnisse in die klinische Routinepraxis stammt jedoch aus dem englischen IAPT-Programm („Improving Access to Psychological Treatments“), einer international beispiellosen, groß angelegten Initiative zur Verbesserung des Zugangs zu psychologischen Therapien bei Depressionen und Angststörungen (IAPT 2018, vgl. Clark et al. 2009, 2018). Ab 2008 erweiterte die britische Regierung den Zugang zu evidenzbasierten psychologischen Therapien durch die Ausbildung neuer Mitarbeiter für

spezialisierte Dienste in ganz England. Dort verfügt inzwischen jeder lokale Gesundheitsdistrikt über einen IAPT-Service, der psychologische Behandlungen nach den Richtlinien des britischen National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbietet. Für alle Angststörungen wird die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) empfohlen. Bei Depressionen wird ein breiteres Behandlungsspektrum (KVT, Beratung, Paartherapie, zwischenmenschliche Therapie und kurze psychodynamische Therapie) empfohlen. Die neuesten Daten zeigen, dass fast eine Millionen Menschen pro Jahr eine erste Untersuchung und Beratung durch den IAPT-Dienst erhalten, wobei mehr als 537 000 Menschen anschließend eine Therapie von zwei oder mehr Sitzungen durchlaufen (IAPT 2018). Eine Besonderheit ist die systematische Evaluation, für die bei 98% der Patienten prä-post-Daten vorliegen und deren aggregierten Auswertungen öffentlich zugänglich sind (Clark et al. 2018). Die Therapieerfolge entsprechen dabei weitestgehend den Ergebnissen aus der Psychotherapieforschung – und dies im breiten Routineeinsatz. Clark et al. (2018) weisen darauf hin, dass IAPT eine seltene Ausnahme von der allgemein mangelnden Transparenz der Ergebnisse für psychiatrische und psychotherapeutische Dienste ist.

Betrachten wir pharmakologische und psychologische Behandlungen emotionaler Störungen im Überblick und differenzieren dabei nach kurz- und langfristigen Erfolg sowie negativen Wirkungen, so zeigt sich folgendes Bild (Hunsley et al. 2014, Layard & Clark 2014, Margraf & Schneider 2016): Im Hinblick auf kurzfristigen Erfolg ist die KVT bei Angststörungen den medikamentösen Ansätzen im Durchschnitt überlegen, bei Depressionen scheinen beide Ansätze ähnlich wirksam. Bei langfristigen Erfolg liegen überzeugende Belege für die KVT, nicht jedoch für medikamentöse Therapien vor. Zu negativen Wirkungen existiert eine Vielzahl von Befunden für die Pharmakotherapie der Ängste sowie etwas weniger ausgeprägt für die Pharmakotherapie affektiver Störungen. Im Vergleich dazu sind die Befunde zu negativen Wirkungen der KVT zu vernachlässigen (Margraf & Scholten 2018, Scholten et al. 2018a). Dies sind starke Argumente für ihren Einsatz bei emotionalen Störungen auch in der Suchttherapie. Eine Übersicht zur Verbreitung und Implementierung evidenzbasierter psychologischer Behandlungen mit konkreten Empfehlungen geben McHugh & Barlow (2010).

Mehr ist nicht gleich besser: Kombinationstherapien

Was plausibel erscheint, muss nicht unbedingt stimmen. Traditionelle Ansätze zur Kombination pharmakologischer und psychologischer Behandlungen beruhen auf einem einfachen additiven Modell: Man stelle

zwei Dinge zusammen und hoffe, dass das Ergebnis besser wird. Bemerkenswerterweise war dies in vielen Studien jedoch nicht der Fall. Derartige Kombinationstherapien wurden am besten bei Agoraphobie und Panikstörung untersucht (Rufer et al. 1991). Insgesamt zeigte sich kein überzeugender kurzfristiger Additions- oder Potenzierungseffekt bei der zeitlich parallelen Kombination von Verhaltenstherapie und Psychopharmaka, auch Katamnesen erbrachten keine Unterschiede zwischen alleiniger Verhaltenstherapie und der Kombination mit Antidepressiva. Tatsächlich funktioniert die Kombination aus Konfrontationstherapie – der wichtigsten KVT-Behandlung – und Benzodiazepinen oder Trizyklika in der Behandlung von Ängsten weniger gut als Konfrontation allein (Lelliott et al. 1987, Rufer et al. 1991, Marks et al. 1993, Basoglu et al. 1994, Wilhelm & Roth 1997, Barlow et al. 2000, Rosen et al. 2013, Guina & Merrill 2018).

Ganz allgemein verbessert das Hinzufügen von Antidepressiva zu Psychotherapie nicht das Behandlungsergebnis, umgekehrt führt aber das Hinzufügen von Psychotherapie zu Antidepressiva zu besseren Langzeitergebnissen (Blackburn et al. 1986, Elkin 1990, Greenberg & Fisher 1997, Barlow et al. 2000, Haug et al. 2003, Fava et al. 2004, Forand et al. 2013, Nordahl et al 2016, Voderholzer & Barton 2016, Fava et al. 2017). Ein ähnlicher Befund stammt aus einer unabhängigen randomisierten Studie zur Behandlung von Depressionen mit aerobischem Sport, dem SSRI Sertralin und deren Kombination (Babyak et al. 2000, Abb. 10).

In der 6-Monats-Katamnese (hohe Teilnehmerate von 85,6%) gelangten mit dem Sportprogramm nahezu 90% der Patienten in die Kategorie „geheilt“. Bei Sertralin lag dieser Wert nur bei rund 55% und in der Kombinationstherapie bei rund 60%. Die Rückfallrate lag bei der reinen Sporttherapie bei 8%, dagegen bei 38% in der SSRI-Behandlung und 31% in der Kombinationsbehandlung. Die Ergebnisse zeigen, dass Sporttherapie durch zusätzliche SSRI-Behandlung nicht verbessert wird. Im Gegenteil ist in der Kombinationsgruppe die Heilungsrate niedriger und die Rückfallrate rund viermal höher. Diese Studie belegt erneut, dass SSRI keine dauerhafte Lösung depressiver Probleme bieten. Zudem weist sie gemeinsam mit neuen Literaturübersichten darauf hin, dass Langzeitbefunde zur Behandlung von Ängsten und Depressionen deutlich gegen die Kombination von Antidepressiva oder Anxiolytika mit Verhaltenstherapie sprechen (Margraf & Schneider 2016, Voderholzer & Barton 2016).

Entgegen vielfältiger Behauptungen ist die Kombination von Psychotherapie und Psychopharmaka also keinesfalls der Königsweg der Behandlung emotionaler Störungen. Während die klassische Kombinationstherapie demnach kritisch beurteilt werden muss, sehen wir in jüngster Zeit jedoch einen echten „translationalen Paradigmenwechsel“ (Margraf & Zlomuzica 2015). Dieser erkennt Lernen, Gedächtnis und neuronale Plastizität als Grundlage für psychologische Behandlungen und für neue Medikamente, die gezielt auf die Verstär-

kung („Augmentierung“) dieser Therapiemechanismen abzielen. Der „neue Ansatz ist viel spezifischer als die frühere Pharmakotherapie, da er auf einem fundierten Verständnis von Lernen und Gedächtnis beruht, Substanzen nur kurz gibt und darauf abzielt, Prozesse zu verbessern, die zumindest prinzipiell nachhaltige Effekte erzielen sollen. Eine erfolgreiche Augmentierung der Konfrontation bei menschlichen Patienten wurde für Wirkstoffe wie DCS, Methylphenblau und Cortisol nachgewiesen. Darüber hinaus wurde auch behaviorale Augmentierung durch Sport und Schlaf nachgewiesen. Diese Interventionen können wirken, indem sie die Konsolidierung neu erlernter hemmender Gedächtnisverbindungen verbessern oder indem sie bedrohungsbezogene Erinnerungen während der Rekonsolidierung aktualisieren“ (Margraf & Zlomuzica 2015, S. 1-2, deutsch vom Verfasser).

Nosologische Ursachenforschung: Große Behauptungen – kleine Ergebnisse

Als Basis der psychopharmakologischen Behandlung wird in der Regel ein biologisches Erklärungsmodell psychischer Störungen postuliert. Auch psychologische Therapien und psychosoziale Maßnahmen berufen sich gewöhnlich auf einschlägige Störungsmodelle. Zur Beurteilung der kausalen Validität dieser Modelle muss der logische Ablauf der ätiologischen Forschung betrachtet werden. Dieser wird in Abb. 11 mitsamt der zusammengefassten Befundlage dargestellt.

Das Forschungsprogramm zur Identifikation kausaler Risiko- bzw. Schutzfaktoren umfasst vier Stufen (Kraemer et al. 1997, Margraf 2012, vgl. Kendler 2012). Zunächst muss festgestellt werden, ob ein potentieller Risiko- oder Schutzfaktor überhaupt einen Zusammenhang mit der interessierenden Störung aufweist. Wenn dies gegeben ist, liegt zumindest ein Korrelat vor. Aus pragmatischen Gründen bleibt der größte Teil der Forschung auf dieser Ebene stehen. Im nächsten Schritt muss festgestellt werden, ob der Faktor der Störung vorausgeht. Sollte dies der Fall sein, so können wir von einem Risiko- bzw. im umgekehrten Fall von einem Schutzfaktor sprechen. Mittel der Wahl sind auf dieser Stufe prospektive Längsschnittstudien. Retrospektive Studien sind zwar kostengünstiger und liegen daher in größerer Zahl vor, sind jedoch aufgrund der vielfach belegten retrospektiven Verzerrungen und der Ungenauigkeit der menschlichen Erinnerung sehr unzuverlässig. Aber auch prospektive Längsschnittstudien können die Frage der Kausalität beobachteter Zusammenhänge nicht abschließend klären. Dazu müssen im vierten und abschließenden Schritt Interventionsstudien durchgeführt werden, bei denen der

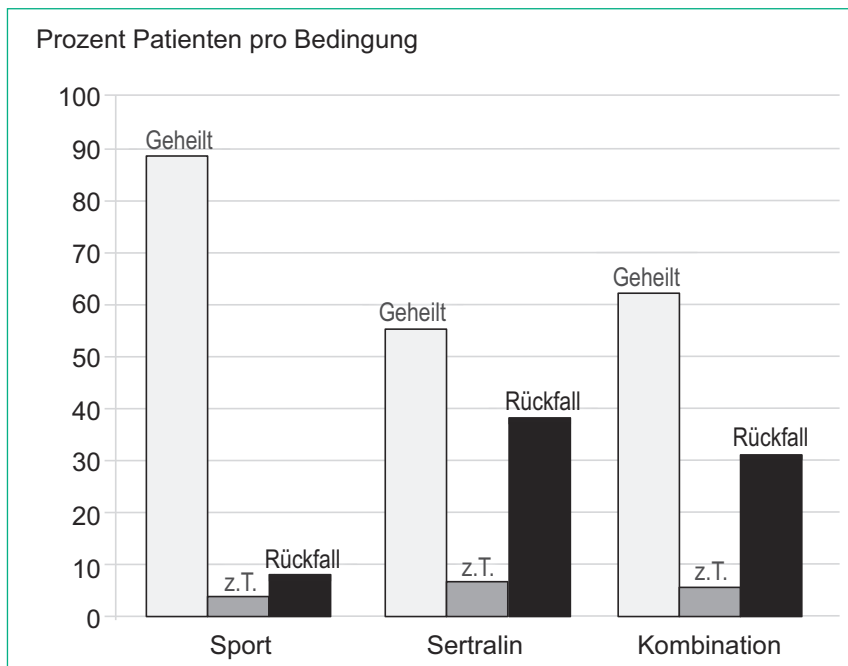


Abb. 10: Dauerhafter Therapieerfolg („Geheilt“), Teilerfolg („z.T.“) und Rückfälle nach Depressionsbehandlung mit Sport, Sertralin und der Kombination der beiden Therapiemodalitäten (Babyak et al. 2000). Die zusätzliche Gabe des SSRI ging mit deutlich mehr Rückfällen und einem geringeren Anteil geheilter Patienten bei der 6-Monats-Katamnese einher.

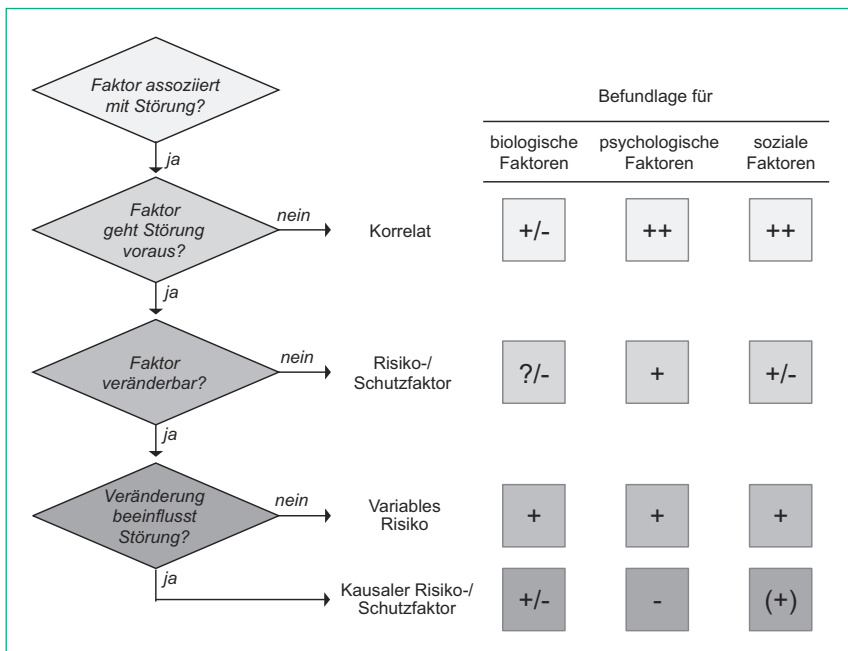


Abb. 11: Forschungsprogramm zur Identifikation von Risiko- und Schutzfaktoren (nach Kraemer et al. 1997 und Margraf 2012) sowie Einschätzung des zusammengefassten aktuellen Standes der Evidenz für biologische, psychologische und soziale Faktoren. ++ sehr gut belegt, + gut belegt, +/- inkonsistente Belege, ?/- unklar bzw. eher negative Belege, (+) geringe Zahl positiver Belege bzw. fehlende experimentelle Designs.

angenommene Kausalfaktor experimentell manipuliert wird, um die Auswirkungen auf den Störungsverlauf zu erfassen. Erst dieser experimentelle Schritt erlaubt tatsächlich die Feststellung eines Kausalzusammenhangs. Aus ethischen Gründen kommt hier Prävention und Therapie („experimentelle Reduktion von Risikofaktoren bzw. Beschwerden“) besondere Bedeutung zu.

Betrachten wir mit Hilfe dieses Ablaufschemas die vorliegende Forschung zu potentiellen Risiko- und Schutzfaktoren auf den biologischen, psychologischen und sozialen Ebenen, so zeigen sich große Unterschiede in der empirischen Evidenz (angesichts der Fülle der Literatur wird hier aus Platzgründen nur auf ausgewählte Übersichtsarbeiten verwiesen: WHO 2004, Kunderman 2005, Moncrieff 2008, Kendler 2012, 2016, Deacon 2013, Stahl 2013, WHO 2014, Silva et al. 2016, Stephan et al. 2016a, 2016b, Einstein & Klepacz 2017, Caspi & Moffitt 2018, Junge 2019, Borsboom et al. im Druck). Auf der Ebene der Korrelate sind psychologische Faktoren vielfach bestätigt, auch für soziale Faktoren gibt es solide Evidenz. Bei biologischen Faktoren sind hingegen die Zusammenhänge deutlich inkonsistenter und es gibt eine Vielzahl nicht replizierter Befunde aus Hirnforschung, peripher-physiologischer und genetischer Forschung. So zeigte sich z.B. in einer konzeptuellen Replikation der Meta-Analysen von 99 Neuroimaging-Studien zur Depression keinerlei Konvergenz der Befunde (Müller et al. 2017). Auch eine „Mega-Ana-

lyse“ aller genomweiten Assoziationsstudien für Major Depression durch die Major Depressive Disorder Working Group des Psychiatric GWAS Consortium (2013) erbrachte keinerlei robuste und replizierbare Ergebnisse. Intensive Forschungsanstrengungen haben somit weder zu nutzbaren Biomarkern, noch zu validen In-vitro-Modellen psychischer Störungen geführt (Venkatasubramaniana & Keshavan 2016). In einem Editorial für Nature fasste Adam (2013, deutsch vom Verfasser) dies wie folgt zusammen: „Trotz jahrzehntelanger Arbeit bleiben die genetischen, metabolischen und zellulären Signaturen fast aller mentalen Syndrome weitgehend ein Geheimnis“. Es ist daher auch nicht überraschend, dass der Anspruch, die Klassifikation psychischer Störungen auf eine biologische Basis zu stellen, auch für DSM-5 aufgegeben werden musste (Whooley 2014, Lilienfeld & Treadway 2016, Clark et al. 2017). Bis heute können psychische Störungen lediglich auf der psychologischen Ebene reliabel und valide definiert werden. Auf der zweiten Stufe des Forschungsprogramms (zeitliche Priorität) werden die Unterschiede noch deutlicher. Hier ist für eine Reihe psychologischer wie auch sozialer Faktoren nachgewiesen worden, dass sie dem Auftreten von Angststörungen und/oder Depressionen vorausgehen, für biologische Faktoren fehlt diese Evidenz jedoch nahezu vollständig (vgl. den nebenstehenden Kasten). Die dritte Stufe, bei der nach der Veränderbarkeit der interessierenden Faktoren gefragt wird, bietet dann ein etwas positiveres Bild. Hier

zeigt sich sowohl für psychologische wie auch für biologische und soziale Faktoren ausgeprägte Variabilität. Die entscheidende vierte Stufe, die der Kausalität, bietet dann wieder das mittlerweile vertraute Bild: Veränderungen psychologischer wie auch sozialer Faktoren, sei es durch Prävention oder Therapie, führen zu einer nachhaltigen Veränderung psychischer Störungen, für biologische Faktoren ist dies dagegen nicht schlüssig belegt (WHO 2004, 2014, Junge-Hoffmeister 2019).

„Der Mythos des chemischen Ungleichgewichts“

Basierend auf den Auswirkungen der Psychopharmaka auf verschiedene Neurotransmittersysteme wurde angenommen, dass psychische Störungen auf Defizite in diesen Systemen zurückzuführen seien (vgl. Moncrieff 2008, Kirsch 2010, Stahl 2013). Dies ist inzwischen zu einem Standardnarrativ geworden, um psychische Störungen den Patienten oder der breiten Öffentlichkeit zu „erklären“. Es gibt jedoch kaum belastbare Hinweise auf die behaupteten biochemischen Stoffwechselstörungen. Wären diese wirklich ursächlich, dann müssten sie schon vor Beginn der Störung vorhanden sein. Im Gegensatz zu verschiedenen psychosozialen Risikofaktoren zeigen die bestehenden Daten dies nicht bzw. fehlen für Schizophrenien, Depressionen oder Angststörungen. Aufschlussreich ist das Beispiel der Serotoninhypothese der Depression (auch „Mono-Amin-Mangel-Theorie“), für die oft die serotonerge Wirkung der klassischen Trizyklika und der SSRI's als Beleg angeführt wird. Dieser Effekt kann jedoch die „antidepressive“ Wirkung nicht hinreichend erklären: Es gibt nicht nur Antidepressiva, die Serotonin erhöhen, sondern auch solche, die Serotonin erniedrigen oder solche, die gar keinen Effekt auf Serotonin haben (Kirsch 2010). Dennoch wird die Hypothese in der Öffentlichkeit weiter verbreitet. Dabei ist „die Inkongruenz zwischen der wissenschaftlichen Literatur und den Behauptungen in FDA-regulierten SSRI-Werbungen bemerkenswert und möglicherweise beispiellos“ (Lacasse & Leo, 2005).

Erklärungsmodelle haben jedoch nicht nur akademische Bedeutung, sondern beeinflussen ganz real das Behandlungsgeschehen. So zeigten Lebowitz & Ahn (2014), dass biologische Erklärungen sich negativ auf das Einfühlungsvermögen von Psychiatern sowie auf ihre klinischen Urteile und Empfehlungen auswirken. Sie ließen in einer Reihe von Studien Kliniker in den USA Beschreibungen von Patienten lesen, deren Symptome entweder durch biologische oder psychosoziale Informationen erklärt wurden. Anstatt das Mitgefühl der Ärzte zu erhöhen, weckten biologische Erklärungen deutlich weniger Empathie. Diese Ergeb-

nisse stimmen mit anderen Daten und Theorien überein, wonach biologische Konzeptionen der Psychopathologie die negative Wahrnehmung von Patienten als abnormal, anders als der Rest der Bevölkerung, soziale Ausgrenzung verdienend und weniger vollständig menschlich verschlimmern können (Lebowitz & Ahn 2014). Genetische und andere biologische Erklärungen scheinen sich eher ungünstig auf das Stigma psychischer Störungen auszuwirken. Metaanalysen zeigen, dass „biogenetische“ Erklärungen die Abneigung gegenüber den Patienten, die Wahrnehmung von deren Gefährlichkeit und den therapeutischen Pessimismus erhöhen, jedoch kaum mit geringeren Schuldzuweisungen an die Betroffenen einhergehen (Loughman & Haslam 2018).

Interessanterweise gibt es inzwischen Anzeichen dafür, dass zumindest der Nachwuchs in der Psychiatrie einen deutlichen Widerspruch zwischen seinen praktischen Erfahrungen und dem sieht, was in der formalen medizinischen Ausbildung über die Ursachen und Determinanten von psychischen Erkrankungen vermittelt wird. Einstein & Klepacz (2017) zeigten, dass Assistenzärzte und Medizinstudenten im deutlichen Gegensatz zu den Ausbildungsinhalten ein Neurotransmitter-Ungleichgewicht weniger wahrscheinlich als Ursache wahrnehmen. Zugleich verstanden sie die Bedeutung von Faktoren wie systemischem Rassismus und sozioökonomischem Status für die Entwicklung von psychischen Erkrankungen, obwohl diese in der medizinischen Ausbildung keine große Aufmerksamkeit bekamen. Darüber hinaus glaubten sie, dass psychische Erkrankungen uneinheitliche Pathologien aufwiesen und dass das DSM die Tendenz hatte, manche Personen mit potentiell negativen Folgen willkürlich zu kategorisieren.

Nicht nur für Berufsanfänger ist es wichtig zu realisieren, dass psychische Störungen nach ICD-11 oder DSM-5 Konstrukte sind und nicht greifbare Erkrankungen wie zum Beispiel Tumore, die man etwa unter dem Mikroskop oder mit histopathologischen Methoden erkennen kann. Es ist bemerkenswert, wie unkritisch die ICD- oder DSM-Diagnostik gerade von Psychologen akzeptiert wird (Deacon 2013). Dabei hat sich die Reliabilität mit DSM-5 wieder deutlich verschlechtert. So liegt etwa der Kappa-Koeffizient für die (weniger anspruchsvolle) Interrater-Reliabilität der Major Depression bei 0,28 (Freedman et al. 2013)! Die mangelnde Zuverlässigkeit der DSM-Diagnosen und die großen Zweifel an der Validität des kategorialen psychiatrischen Ansatzes sind inzwischen vielfach diskutiert worden (z.B. Kraemer 2007, Batstra & Frances 2012, Kawa & Giordano 2012, Spitzer et al. 2012, Freedman et al. 2013, Vanheule et al. 2013, Cooper 2014, Timimi 2014, Chmielewski et al. 2015, Margraf 2015, Whooley 2016, Caspi & Moffitt 2018). In der Regel führen Kategorien zu Informationsverlust, sie haben weniger Vorhersagekraft als dimensionale Messungen. „Direkte Vergleiche von psychometrisch entwickelten Dimensionen mit psychisch gestörten Diagnosen bei der Vorhersage wichtiger Ergebnisse haben immer wieder gezeigt, dass Dimensionen die Diagnosen prädiktiv übertreffen und dass Diagnosen wenig oder gar keine Vorhersagekraft zu Dimensionen wie etablierten Depressions- oder Angstinventaren hinzufügen“ (Margraf 2015, deutsch vom Verfasser). Zu den schwerwiegenden Problemen des DSM gehören schwache Grenzen zwischen verschiedenen angenommenen Pathologien und Normalität, zeitliche Instabilität der Diagnosen, willkürliche Ausschlusskriterien, Mangel an körperlichen

Korrelaten von Störungen, exzessive „Komorbidität“ von Störungen, Heterogenität innerhalb der Diagnose und Überbeanspruchung unspezifischer Diagnosen. Diese Mängel deuten auf schwerwiegende Probleme mit der Konstruktvalidität hin, die zumindest teilweise durch den kategorialen Charakter des DSM erklärt werden können.

Sie unterstreichen die Bedeutung alternativer Ansätze wie Caspi & Moffitts (2018) „p-Faktor“, transdiagnostische Modelle (Barlow et al. 2013, 2014), die hierarchische Taxonomie der Psychopathologie (Conway et al. 2019) oder Netzwerktheorien (Borsboom et al. im Druck). Grundsätzlich lassen sich verschiedene Auffassungen von Gesundheit und Krankheit unterscheiden. Die kategoriale Auffassung von gesund und krank als zweier voneinander qualitativ unterschiedlicher Kategorien entspricht dem traditionellen medizinischen Modell. In der Psychologie sind hingegen dimensionale Ansätze schon lange breiter akzeptiert. Hier können wir eindimensionale und mehrdimensionale Ansätze unterscheiden. Bei einem eindimensionalen Ansatz wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit unterschiedliche Ausprägungen auf einer einheitlichen Dimension darstellen. Ein aktuelles Beispiel dafür bietet der p-Faktor von Caspi & Moffitt (2018). Mehrdimensionale Modelle gehen im einfachsten Fall davon aus, dass Gesundheit und Krankheit zwei verschiedene Dimensionen sind. Unter der Bezeichnung „Dual Factor Model“ haben derartige zweidimensionale Modelle in letzter Zeit einen erneuten Aufschwung genommen. Der Vollständigkeit halber sollte aber erwähnt werden, dass es auch frühere mehrdimensionale Modelle gab, etwa bei Eysenck (1952, 1970) mit den Faktoren Extraversion-Introversion, Neurotizismus und Psychotizismus.

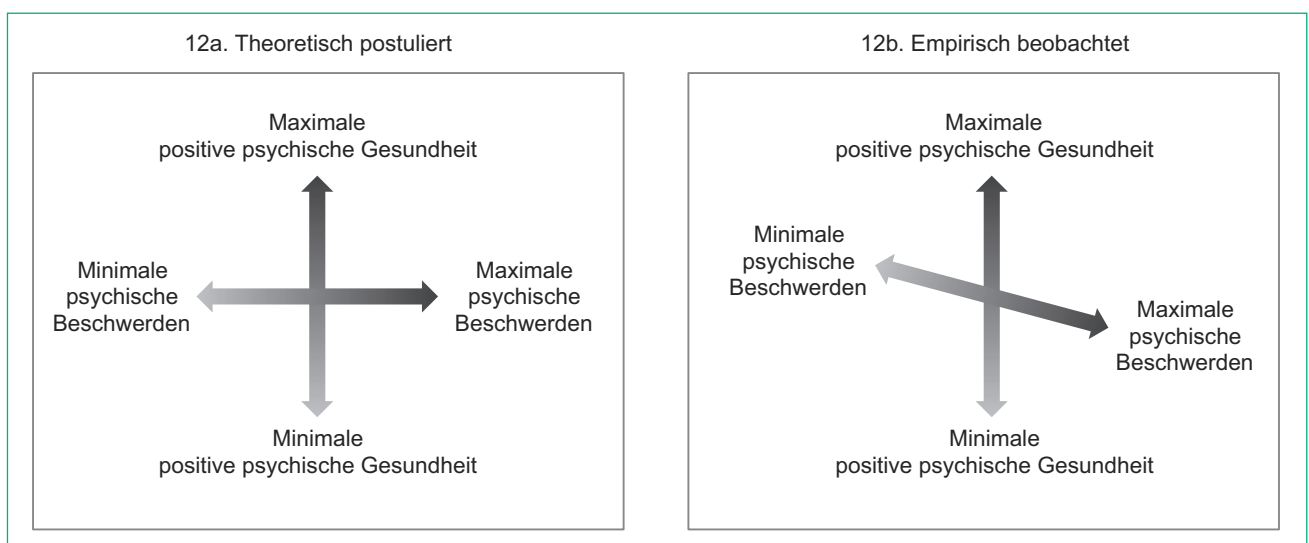


Abb. 12: Verwandt, aber relativ unabhängig: Das Zwei-Faktoren-Modell von positiver psychischer Gesundheit und psychischen Beschwerden. 12a. Theoretisch postuliert. 12b. Empirisch beobachtet: je nach verwendeten Skalen sind 69-84% der Varianz unabhängig. (Quelle: BOOM-Studie⁶).

Viel diskutierte Arbeiten zu den Dual Factor Models stammen von Keyes (2005, 2007), Suldo & Schaffer (2008) sowie Ryff (1989, 2014). Diese postulieren neben einem Beschwerdefaktor, der von minimalen bis maximalen Beschwerden bzw. Symptomen reicht, einen zweiten Faktor, der positive psychische Gesundheit bzw. minimales/maximales Wohlbefinden beinhaltet. Die Aussagen zur Unabhängigkeit dieser beiden Faktoren sind uneinheitlich (vgl. Suldo & Schaffer 2008). Wir haben in Bochum im Rahmen der Boom-Studien⁵ umfangreiche Untersuchungen in fünf Ländern (USA, Deutschland, Russland, China und Pakistan) zum Verhältnis von positiver psychischer Gesundheit (PMH-Skala, Lukat et al. 2016, vgl. Tab. 2) sowie Depression, Angst und Stress (DASS 21, Henry & Crawford 2005) durchgeführt. In Stichproben mit insgesamt mehr als 40.000 Teilnehmern fanden wir, dass im Durchschnitt 69-84% der Varianz zwischen positiven und negativen Merkmalen unabhängig ist (vgl. Abb. 12). Es handelt sich bei positiver Gesundheit und psychischen Beschwerden somit um zwar verwandte, aber relativ unabhängige Dimensionen (Lutz et al. 1998, Lukat et al. 2016). In weiteren Untersuchungen konnten wir zudem mit der transkulturellen Messinvarianz der von uns verwendeten Maße eine wesentliche Voraussetzung für kulturvergleichende Forschung etablieren (Bieda et al. 2017, Scholten et al. 2017b, Lu et al. 2018).

In einer ganzen Serie von Studien fanden wir, dass PMH einen unabhängigen Beitrag zur Vorhersage des Verlaufs psychischer Probleme leistet und zwar über den Beitrag klassischer psychopathologischer Maße wie Depression, Angst oder Stress hinaus (Trumpf et al. 2009, 2010a, 2010b, 2010c, Vriends et al. 2012, Cai et al. 2017, Brailovskaia et al. 2018). So zeigten etwa Teismann et al. (2016), dass PMH die Remissionen von Suizidgedanken voraussagt. Dieser Effekt blieb auch erhalten, wenn die Symptombel-

astung kontrolliert wurde. Umgekehrt leistete jedoch Depression keinen Beitrag zur Vorhersage der Remissionen, wenn PMH kontrolliert wurde. Einen weiteren unabhängigen Beitrag leistete soziale Unterstützung. Ähnliche Ergebnisse fanden Teismann et al. (2017, 2018) und Siegman et al. (2017). PMH sagt die Remission von psychischen Störungen besser vorher als traditionelle psychopathologische Maße oder Diagnosen (Lukat et al. 2016, Teismann et al. 2018). Dabei bestehen Zusammenhänge zu Selbstwirksamkeit, Stress und der Phase der Lebensspanne (Schönfeld et al. 2015, 2017) sowie reziproke Beziehungen mit Glück und Lebenszufriedenheit (Bieda et al. 2018). Diese Ergebnisse legen es nahe, auch in der Suchttherapie der positiven Seite der psychischen Gesundheit einen größeren Stellenwert einzuräumen.

Schlauer handeln als wir denken – Praktische Empfehlungen

Damit sind wir beim letzten Thema unseres Artikels angelangt, den Empfehlungen für die Praxis. Es gibt sinnvolle Hilfsmittel, die in der klinischen Praxis jedoch noch unzureichend genutzt werden. Um dies zu verstehen, müssen wir noch einmal einen Schritt zurücktreten und uns grundsätzlich mit der Natur der menschlichen Informationsverarbeitung auseinandersetzen. Eine Grundfrage lautet, ob der Mensch irrational oder rational ist – aber Achtung, dies ist eine Fangfrage! Da unsere Informationsverarbeitungskapazität immer begrenzt ist, können wir nicht unbegrenzt rational sein. Zugleich zeigt die Forschung aber auch, dass wir nicht unbegrenzt irrational sind (Gigerenzer & Seiden 2002, Hertwig et al. 2013). Wir sind also begrenzt rational und diese Grenzen müssen wir berücksichtigen, wenn es um die Umsetzung in die Praxis geht. Zu unseren Grenzen gehört der unrealistische Optimismus (Shepperd et al. 2002, Jefferson et al. 2017). Menschen, die nicht gerade akut depressiv sind, neigen zur Selbstüberschätzung. Die Beispiele dafür reichen von der Einschätzung der Kompetenz beim Autofahren über die Selbstwahrnehmung von Attraktivität und Intelligenz bis hin zur Einschätzung unserer Gesundheit. Der unrealistische Optimismus hat eine Reihe von Vorteilen, selbstverständlich aber auch Nachteile und er betrifft auch Therapeuten und Wissenschaftler.

Als Einzelnen fällt es uns schwer, uns von unserem kognitiven Bauplan zu lösen. Gemeinsam haben wir dagegen eine Chance, schlauer zu handeln als wir denken können. Wir können uns selbst „überlisten“, indem wir geprüfte prozedurale Hilfsmittel heranziehen (vgl. nebenstehenden Kasten). Diese betreffen sowohl Diagnostik als auch Therapie. Ein klassisches Beispiel sind Checklisten, die z.B. zum enorm hohen Sicherheits-

standard der Luftfahrtindustrie beigetragen haben. Vor dem Start eines Linienflugs arbeiten die Piloten ausführliche Checklisten ab, die explizit vorgelesen und beantwortet werden müssen. Die Prozedur wird aufgezeichnet und streng überwacht, Abkürzungen sind nicht zulässig. Kein Linienspilot könnte an diesem Punkt sagen „lass uns doch einfach starten, wir sind schon so lange im Geschäft und wissen was wir tun“. Im klinischen Bereich herrscht jedoch noch allzu oft eine unkritische Überschätzung der persönlichen Anschauung vor. Gestandene Kliniker sind oft der Auffassung, dass sie aufgrund ihrer Erfahrung besonders gut in der Lage seien, diagnostische Entscheidungen zu treffen und Indikationen vorzunehmen (Kaminski 1970, Baumann 2000). Sie überschätzen die Zuverlässigkeit und Gültigkeit ihrer Urteile wie dies die Mehrheit der Menschen tut.

Diagnostische Selbstüberschätzung abbauen – Hilfsmittel nutzen

In einer Studie an 477 Psychotherapeuten untersuchten wir die Vermeidung von Fehldiagnosen psychischer Störungen durch eine einfache Checkliste (Cwik et al. 2016). Die Therapeuten beurteilten drei Falldarstellungen, in denen die Zielstörung (Borderline, Depression, generalisierte Angststörung) jeweils mit allen nach ICD/DSM erforderlichen Diagnosekriterien dargestellt waren. In keinem Fall wiesen die Fallvignetten eine weitere Diagnose auf. Dennoch vergaben die Therapeuten ohne Verwendung einer Checkliste in rund 30-40% der Fälle zusätzliche Diagnosen. Diese waren allesamt Fehldiagnosen, da die Fallvignetten immer eindeutig genau eine Diagnose aufwiesen. Mit Verwendung einer simplen Checkliste, die lediglich ein Abhaken der Hauptdiagnosekriterien beinhaltete und die nur wenige Sekunden Zeit in Anspruch nahm, sanken die Fehldiagnoseraten substantiell (bei Borderline sogar von 41 auf 11%)! Noch besser als einfache Checklisten sind strukturierte klinische Interviews (Margraf et al. 2017), zumal in der klinischen Praxis die Befunderhebung nicht so einfach ist wie bei einem „Papierfall“.

Ein weiteres Beispiel zeigt, dass Therapeuten viel schlechter in der Lage sind, Therapieerfolge und -misserfolge vorherzusagen als sie meinen. Hannan et al. (2005) ließen 48 Psychotherapeuten für 618 Patienten Vorhersagen zu Erfolg beziehungsweise Misserfolg machen (Basisrate für Misserfolg: 8%). Die Therapeuten konnten nur in einem Bruchteil der Fälle Misserfolge tatsächlich vorhersagen. Es ist jedoch nicht grundsätzlich unmöglich Misserfolge vorherzusagen, denn mithilfe eines kurzen Fragebogens gelang dies zuverlässig in über 70% der Fälle. Fragebögen sind hier also besser als Therapeuteneinschätzungen – ein weiteres Argument für die Verwendung prozeduraler Hilfsmittel.

Tabelle 2: Items der PMH-Skala (PMH: positive mental health, dt. positive psychische Gesundheit). Je mehr Aussagen bejaht werden, desto höher ist die positive psychische Gesundheit (Quelle: Lutz et al. 1998, Lukat et al. 2016).

1. Ich genieße mein Leben
2. Ich bin oft unbeschwert und gut aufgelegt
3. Alles in allem bin ich zufrieden mit meinem Leben
4. Im allgemeinen bin ich zuversichtlich
5. Es gelingt mir gut, meine Bedürfnisse zu erfüllen
6. Vieles, was ich tue, macht mir Freude
7. Ich fühle mich dem Leben und seinen Schwierigkeiten gut gewachsen
8. Ich bin in guter körperlicher und emotionaler Verfassung
9. Ich bin ein ruhiger, ausgeglichener Mensch

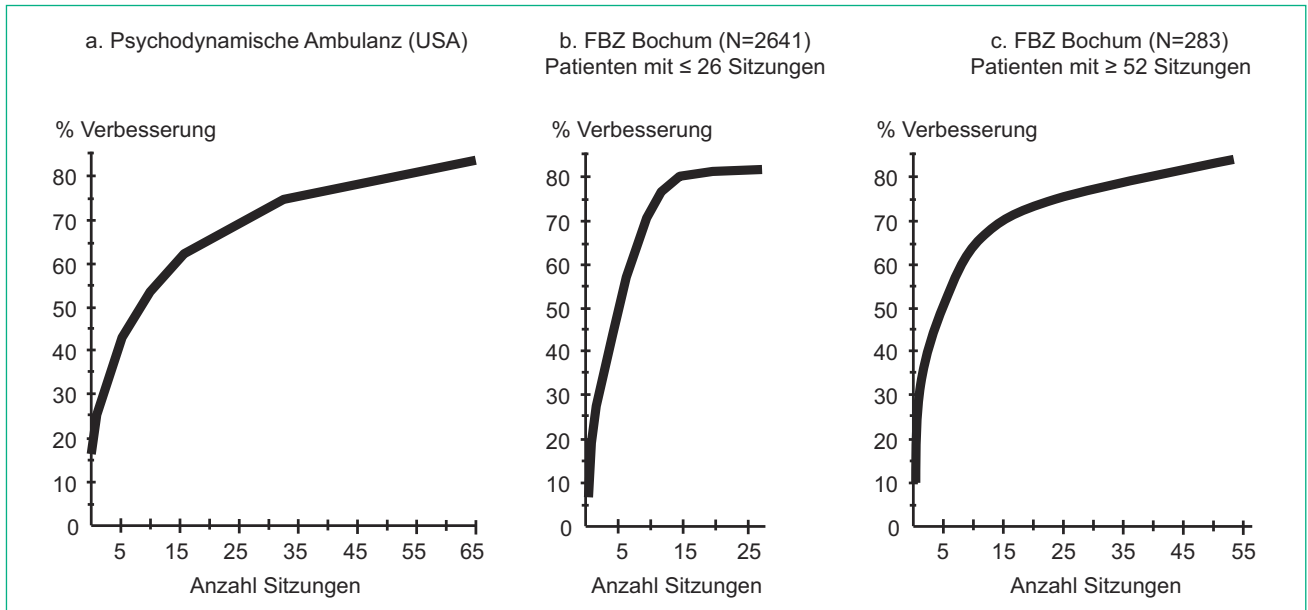


Abb. 13: „Dosis-Wirkungs-Kurve“ für Behandlungsdauer und Therapieerfolg - größte Veränderung am Anfang. 13a. Ergebnisse einer psychodynamischen Ambulanz in den USA (Howard et al. 19986, 1994), 13b. und 13c. Ergebnisse einer verhaltenstherapeutischen Ambulanz in Deutschland in Abhängigkeit von Therapiedauer (FBZ Bochum, unveröffentlichte Daten)

Für die Diagnostik psychischer Störungen ergeben sich aus den oben geschilderten Sachverhalten folgende Konsequenzen: zunächst sollten neben den Beschwerden und Störungen auch die positive psychische Gesundheit und die Ressourcen der Betroffenen erhoben werden. Eine Problem-analyse sollte durch kurze standardisierte Fragebögen und ggf. Tagebücher zur Vermeidung retrospektiver Verzerrungen ergänzt werden. Experimentalpsychologische Paradigmen und psychophysiologische Messungen sind aktuell noch nicht hinreichend ausgereift, um im klinischen Routinealltag eingesetzt zu werden. Zusätzlich ist es wichtig, zu jeder einzelnen therapeutischen Sitzung eine (sehr kurze!) Information zu erheben. Dies geschieht im britischen IAPT-Programm (Clark et al. 2009, 2018, IAPT 2018) mit extrem kurzen Fragebögen, die z.T. lediglich zwei Items haben, aber für über 90 % alle Sitzungen vorliegen (Clark et al. 2009, 2018). Kurz und flächendeckend ist besser als ausführlich und nur bei wenigen Patienten!

Bei der Besprechung der Ergebnisse zur Kosten-Effektivität hatten wir oben darauf hingewiesen, dass die meisten Studien zu kurzen und eher standardisierten Therapieprogrammen vorliegen. Diese sind gerade für die stationäre Suchttherapie besonders wichtig. Im Rahmen der dafür typischen zeitbegrenzten Aufenthalte bietet sich die Chance, gezielt kurze und klar strukturierte Therapieprogramme einzusetzen. Angesichts der gelegentlich im therapeutischen Bereich vorherrschenden Zweifel an kurzen Therapien sei hier noch einmal darauf hingewiesen, dass bei psychotherapeutischen Maßnahmen die größten Veränderungen am Anfang auftreten. Ein frühes Beispiel lie-

ferten bereits Howard et al. (1986, 1994) mit ihrer Dosis-Wirkungs-Kurve für den Zusammenhang zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg in einer großen psychodynamischen Ambulanz in den USA (Abb. 13a). Eine ähnliche Kurve mit sogar noch steilerem Anstieg finden wir bei einer Auswertung der Daten von rund 2900 Patienten in unserer Bochumer verhaltenstherapeutischen Ambulanz. Abb. 13b und 13c. zeigt die Verläufe in der 9-Item-Kurzform der SCL 90 (K-9) getrennt für Patienten mit kurzen Therapien (bis zu 26 Sitzung) und mit langen Therapien (mindestens 52 Sitzungen). Die K-9 wurde in jeder einzelnen Sitzung gegeben, die Ergebnisse sind als Prozent der maximal möglichen Veränderung dargestellt.

Neben der Frage der Therapiedauer werden auch immer wieder Zweifel an der Standardisierung („Manualisierung“) von Psychotherapien geäußert. Dazu sind zwei Arbeiten von Dietmar Schulte und seinen Mitarbeitern von Bedeutung. In der ersten untersuchten sie, wie konsistent und konsequent Psychotherapeuten unter Routinebedingungen arbeiten. Sie zeichneten Psychotherapien auf Video auf und spielten die Sitzungen nachher den Therapeuten vor. Dabei wurden diese gebeten anzugeben, wie oft im Verlauf der Therapiesitzung sie ihre Intentionen, Ziele und Therapiemethoden wechselten. Die Ergebnisse zeigten einen erstaunlich häufigen Wechsel: im Durchschnitt wechselten Methoden 1,4 mal pro Sitzung und Intentionen sogar alle 2 Minuten. Auch therapeutische Handlungsabsichten entstanden in 52 % der Fälle erst während der Sitzungen. Die Wechsel betrafen vor allem den Therapieprozess und die therapeutische Beziehung (55% der Fälle) oder den Therapeuten selber (26%), selte-

ner die verwandten Methoden (19%). Am wichtigsten war jedoch, das konsequentes Verhalten mit besseren Therapieerfolgen, eine übermäßige Flexibilität dagegen mit schlechterem Therapieerfolg einherging. Prozessorientierte Intentionenwechsel (-0,51), Methodenwechsel (-0,49) und Wechsel der relativen Bedeutung von Zielen (-0,30) korrelierten negativ, methodenorientierte Intentionenwechsel (+0,48) und Manualtreue (+0,2) dagegen positiv mit dem Therapieerfolg (Schulte & Eifert 2002). Die Arbeitsgruppe um Schulte legte zudem einen der seltenen direkten Vergleiche von standardisierten „Manual-Therapien“ mit individualisierten, flexiblen Therapien vor. Dafür untersuchten sie Patienten mit Angststörungen (v.a. Phobien, Schulte et al. 1992, vgl. Schulte 1991, Schulte-Barenberg & Schulte 1993). Diese wurden zufällig drei verschiedenen Bedingungen zugewiesen: erstens einer standardisierten Manualtherapie (N=30), zweitens einer individualisierten Therapie auf der Basis einer ausführlichen Verhaltensanalyse (nach dem „Schulte-Schema“, N=33) und drittens einer „geketteten“ Therapie („yoked controls“, N=34). Die Patienten in der geketteten Bedingung erhielten jeweils die individualisierte Therapie eines anderen Patienten, sozusagen eines therapeutischen Zwillings. Diese Therapien waren also auf einen anderen Patienten zugeschnitten und gerade nicht auf den Patienten der geketteten Bedingung. Dadurch konnte der Effekt der verschiedenen verwendeten Therapiemethoden kontrolliert werden. Sorgfältige Prozess- und Erfolgsmessungen ergaben ein eindeutiges Bild (Abb. 14).

Die Abbildung zeigt den Anteil weitgehend oder vollkommen geheilter Patientin in den

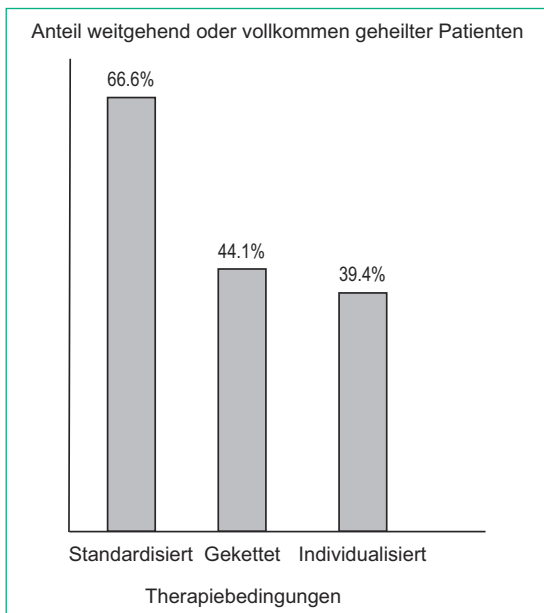


Abb. 14: Massgeschneiderte Therapie vs. Standardtherapie bei Phobien (Schulte 1991, Schulte et al. 1992).

drei Therapiebedingungen. Zur Überraschung Schultes, der ja mit seinen Arbeiten zur Individualisierung durch die Verhaltensanalyse bekannt geworden war, zeigte sich entgegen seiner Annahme, dass die standardisierte Therapie den beiden anderen Bedingungen überlegen war. Hinsichtlich des Anteils weitgehend oder vollkommen geheilter Patienten lag die individualisierte Therapie sogar auf dem letzten Platz. Auch wenn dieses Ergebnis nicht einfach auf andere Störungen beziehungsweise Probleme verallgemeinert werden darf, weist es doch darauf hin, dass die weitverbreiteten Zweifel an manualisierten Therapien unberechtigt sind. Gerade im Kontext einer stationären Suchttherapie sollten standardisierte Therapieprogramme von

kurzer Dauer daher verstärkt Beachtung finden. Generell hat in den letzten Jahren der Einsatz von empirisch validierten Behandlungen für eine Vielzahl von psychischen Störungen zugenommen. Dass dies lohnenswert ist, zeigten Cukrowicz et al. (2005) in einer Routine-Ambulanz. Hier führte die Umstellung auf die standardmäßige Verwendung empirisch validierter Behandlungen zu besseren durchschnittlichen Therapieergebnissen. Patienten kann am besten geholfen werden, wenn Therapeuten sich bevorzugt auf diese Behandlungen verlassen. In deutlich größerem Umfang, nämlich auf nationaler Ebene, zeigen auch die neuesten Daten des bereits erwähnten IAPT-Programms diesen Effekt (Clark 2018). Großbritannien hatte bis 2008 ähnlich wie Deutschland noch beträchtliche

Schwächen in der Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapien. Durch die konsequente Umstellung der psychotherapeutischen Versorgung im Rahmen des IAPT-Programms konnten die Behandlungserfolge in rund 8 Jahren mehr als verdoppelt (s. Abb. 15) und das „nationale Ziel“ einer Heilungsquote von 50% erreicht werden.

Ausblick: wie weiter?

Wenn es um die tatsächliche Verbesserung der Versorgung von Menschen mit psychischen Problemen geht, dann ist es zunächst vor allem wichtig, dass Machbares auch wirklich gemacht wird. Um die bereits verfügbaren erfolgversprechenden Methoden lege artis anzuwenden, müssen wir uns die

Grenzen unserer menschlichen Informationsverarbeitung bewusst machen und uns so verhalten, dass wir unser Gehirn überlisten können. Dabei sind prozedurale Hilfsmittel wie Checklisten, standardisierte Befunderhebung und Therapiemanuale wertvolle Hilfsmittel. Ein gutes halbes Jahrhundert intensiver Forschung hat gezeigt, dass es für die meisten psychischen Störungen effektive Behandlungen gibt. Allerdings wird viel zu oft nur die kurzfristige Wirksamkeit betrachtet. Psychische Störungen sind mit ihrer ausgeprägten Komorbidität jedoch chronische Probleme. Was also wirklich zählt, ist eine nachhaltige Verbesserung und hier zeigt die Forschung einen scharfen Kontrast zwischen den wichtigsten Behandlungsmodalitäten. Dauerhafte Erfolge nach dem Ende der Behandlung sind nur in der Psychotherapie (am besten belegt: KVT) zu verzeichnen, während die Auswirkungen medikamentöser Behandlungen nach dem Absetzen der Medikamente schnell verschwinden und Nebenwirkungen, Missbrauch und negative Langzeitwirkungen das Kosten-Nutzen-Verhältnis zusätzlich beeinträchtigen. Dies ist bei emotionalen Störungen durch eine nennenswerte Zahl an Studien belegt. Für soziale Maßnahmen liegen kaum Studien mit experimentellen Designs vor, die wenigen vorhandenen Daten stimmen jedoch optimistisch.

Langfristig erfolgreiche psychologische Behandlungen haben eine Reihe von Gemeinsamkeiten jenseits aller theoretischen Formulierungen. Sie sind im Durchschnitt eher kurz, gut strukturiert, haben ein klares Rationales, gehen aktuelle Probleme an, ermöglichen kollektive Erfahrungen, schaffen optimale Lernbedingungen und helfen den Patienten zur Selbsthilfe. Zudem können sie gut auf klassische Psychopharmaka verzichten. Hier haben die optimale Therapie und die gute Küche viel gemeinsam, es gilt: mehr ist nicht gleich besser! Die besten Ergebnisse erreicht man in der Küche nicht durch möglichst viele Zutaten und möglichst langes Kochen, sondern durch die optimale Kombination einer begrenzten Zahl aufeinander abgestimmter Zutaten, die auf die Minute genau zubereitet werden. Auch in der Diagnostik und vor allem der Therapie psychischer Störungen erzielt man nicht bessere Ergebnisse, in dem man möglichst viele Maßnahmen zusammenwirft, in der ungeprüften Annahme, dass die Kombination stets besser sei als die einzelnen Bausteine.

In einem Editorial forderte das Lancet kürzlich, die „biomedizinische Blase“ zum Platzen zu bringen (Lancet 2018). Nach dem Ende des goldenen Zeitalters der biomedizinischen Ansätze stünden steigenden Investitionen drastisch gesunkene Erfolgchancen und fehlende Gesundheitsverbesserungen gegenüber. Große Herausforderungen wie u.a. psychische Störungen sprächen weniger wahrscheinlich auf einen rein biomedizi-

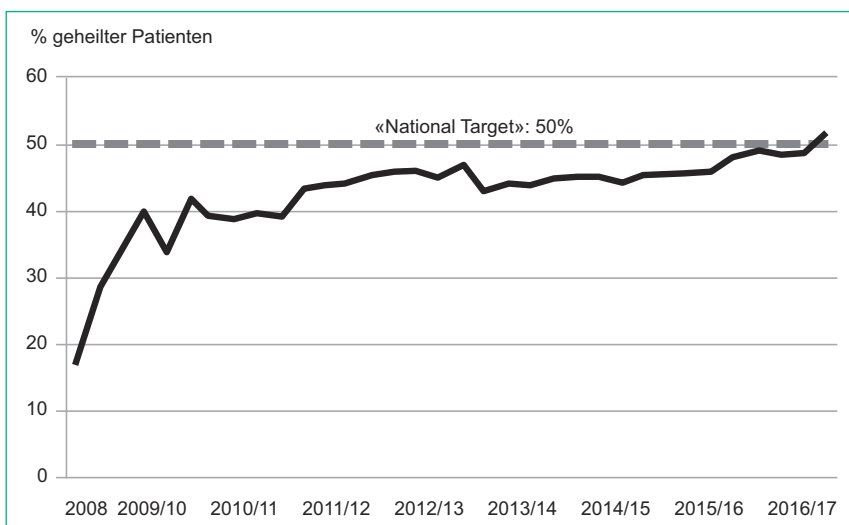


Abb. 15: Verbesserung der Heilungsquoten durch konsequente Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie im englischen IAPT-Programm (Daten aus UK 2008 - 2017; z.Zt.: 560.000 Patienten pro Jahr; Quelle: Clark 2018).

zischen Behandlungsansatz an. Zudem würden wissenschaftliches Fehlverhalten, fragwürdige Forschungspraktiken und die Betonung von Publikationszahlen als akademischem Erfolgsmaß zu Forschungsverschwendung führen. Eine radikale Verlagerung der Finanzierungsprioritäten weg von der biomedizinischen Blase hin zu den sozialen, verhaltens- und umweltbedingten Determinanten der Gesundheit sei jetzt notwendig, um der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Menschen wirklich zu dienen.

Gerade in der Suchttherapie sprechen die hohe Rate an Absetz- und Entzugsproblemen gegen eine breite Verwendung der klassischen, weitgehend unspezifischen Psychopharmaka. Während diese kritisch beurteilt werden müssen, könnte der oben besprochene „translationale Paradigmenwechsel“ neue, spezifische Möglichkeiten zur gezielten Verbesserung psychologischer Therapien auf der Basis eines fundierten Verständnisses der beteiligten Lern- und Gedächtnisprozesse bieten. Die nachhaltigen Wirkungen psychotherapeutischer Maßnahmen, ihr günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis und ihre bessere Sicherheit sind ein starkes Argument für ihren vermehrten Einsatz zur Bewältigung psychischer Störungen, einer zentralen Herausforderung für die Gesundheitssysteme des 21. Jahrhunderts.

Danksagung

Die Unterstützung unserer Arbeit durch die Alexander von Humboldt-Professur, die Deutsche Forschungsgemeinschaft und das Bundesministerium für Bildung und Forschung wird dankbar anerkannt.

Literatur

Adam, D. (2013). Mental health – on the spectrum (editorial). *Nature*, 496, 416-418.

Aderhold, D. (2017). Das Unwesen psychischer Krankheiten. Über den aktuellen Zerfall von Krankheitskonstruktionen und den phänomenalen Nutzen der Konstruktionslücke. *Familiendynamik*, 42, 112-120.

Aderhold, B.V. (2018). Klinische Diagnosen als soziale Konstruktionen. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 8, 25-32.

Agarwal, S.M. & Landon, B.E. (2019). Patterns in outpatient Benzodiazepine prescribing in the United States. *JAMA Network Open*, 2, e187399.

Andersen, I., Thielen, K., Nygaard, E., & Diderichsen, F. (2009). Social inequality in the prevalence of depressive disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63, 575-581.

Angell, M. (2004). *The truth about the drug companies: How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House. *The New England Journal of Medicine*, 351(15), 1580-1581.

Angell, M. (2009). *Drug Companies & Doctors: A Story of Corruption*. *The New York Review of Books*, 56(1), 8-12.

Antonuccio, D.O., Thomas, M., & Danton, W.G. (1997). A cost-effectiveness analysis of Cognitive Behavior Therapy and Fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.

APA (American Psychological Association). (2017). *Webseite der Division 12 zu Research Supported Psychological Treatments*. <https://www.div12.org/psychologicaltreatments/>. Zugegriffen: 12. Feb. 2017.

Babyak, M., Blumenthal, J.A., Herman, S., Khatri, P., Doraiswamy, M., Moore, K., Edward Craighead, W., Baldewicz, T.T., & Ranga Krishnan, K. (2000). Exercise treatment for Major Depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62(5), 633-638.

Bakker, A., Balkom, A.J., & Spinhoven, P. (2002) SSRIs vs. TCAs in the treatment of panic disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(3), 163-167.

Baldessarini, R.J., Ghaemi, S.N., & Viguera, A.C. (2002). Tolerance in antidepressant treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71(4), 177.

Baldwin, D.S., Aitchison, K., Bateson, A., et al (2013). Benzodiazepines: risks and benefits. A reconsideration. *Journal of Psychopharmacology*, 27(11), 967-971.

Ballenger, J., Burrows, G., DuPont, R., Lesser, I., Noyes, R., Pecknold, J., et al. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multi-center trial. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-421.

Bandelow, B., & Michaelis S. (2015). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 17, 327-35

Banner, N.F. (2013). Mental disorders are not brain disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19, 509-513.

Barlow, D.H., Bullis, J.R., Comer, J.S., & Ametaj, A.A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27.

Barlow D.H., Gorman J.M., Shear M.K., et al. (2000). Cognitive behavioral therapy, imipramine and their combination for panic disorder. *JAMA*, 283, 2529-2536.

Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Carl, J.R., Bullis, J.R., & Ellard, K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of Neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2, 344-365.

Barker, M.J., Greenwood, K.M., Jackson M, & Crowe S.F., (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use – A meta-analysis. *CNS Drugs*, 18, 37-48.

Barker, M.J., Greenwood, K.M. Jackson. M., & Crowe, S.F. (2004). Persistence of cognitive effects after withdrawal from long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19, 437-454.

Basoglu, M., Marks, I.M., Kilic, C., Brewin, C.R., & Swinson, R.P. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia: Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 164,652-659.

Batstra, L. & Frances, A.E. (2012). Diagnostic inflation. Causes and a suggested cure. *Nervous and Mental Disease*, 200, 474-479.

Baumann, U. (2000). Indikationsstellung und Therapieplanung in der Psychotherapie. In *Fachverband Sucht e.V. (Hrsg.), Indikationsstellung und Therapieplanung bei Suchterkrankungen* (S. 17-39). Geesthacht: Neuland.

Becker, E.S., Goodwin, R., Hölting, C., Hoyer, J., & Margraf, J. (2003). Content of worry in the community: What do people with generalized anxiety disorder or other disorders worry about? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 688-691.

Becker, E., & Margraf, J. (2017). *Vor lauter Sorgen... Selbsthilfe bei Generalisierter Angststörung*. Mit Online-Material. 2nd, updated edition. Weinheim: Beltz.

Bieda, A., Hirschfeld, G., Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Zhang, X.C., & Margraf, J. (2017). Universal happiness? Cross-cultural measurement invariance of scales assessing positive mental health. *Psychological Assessment*, 29, 408-421.

Bieda, A., Hirschfeld, G., Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Lin, M., & Margraf, J. (2019). Happiness, life satisfaction and positive mental health: Investigating reciprocal effects over four years in a Chinese student sample. *Journal of Research in Personality*, 78, 198-209.

Blackburn, I.M., Eunson, K., & St Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.

Bobo, W., Grossart, B., Lapid, M., Leung, J., Stoppel, C., Takahashi, P. et al. (2019). Frequency and predictors of the potential overprescribing of antidepressants in elderly residents of a geographically defined U.S. population. *Pharmacology Research Perspectives*, e00461.

Bockting, C.L., Hollon, S.D., Jarrett, R.B., Kuyken, W., & Dobson, K., (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16-26.

Borsboom, D., Cramer, A., & Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really... Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Brain and Behavioral Sciences*, im Druck.

Borrell-Carrio, F., Suchman, A.L. & Epstein, R.M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2, 576-582.

Brailovskaia, J., Teismann, T., & Margraf, J. (2018). Cyberbullying, positive mental health and suicide ideation/behavior. *Psychiatry Research*, 267, 240-242.

Braun, C., Bschor, T., Franklin, J., & Baethge, C. (2016). Suicides and suicide attempts during long-term treatment with antidepressants: a meta-analysis of 29 placebo-controlled studies including 6,934 patients with major depressive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(3), 171-179.

- Bromet, E., Andrade, L.H., Hwang, J., Sampson, N.A., & Alonso, J. (2011) Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine* 9.
- Bruchmüller, K., Margraf, J., Suppiger, A., & Schneider, S. (2011). Popular or unpopular? Therapists' use of structured interviews and their estimation of patients' acceptance. *Behavior Therapy*, 42, 634-643.
- Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017). Drogen- und Suchtbericht der Bundesregierung 2017. Berlin: BMG-D-11024.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2013). BPTK-Studie zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und gesundheitsbedingte Frühverrentung. Berlin: BPTK.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of Cognitive-Behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cai, D., Zhu, M., Lin, M., Zhang, X.C., & Margraf, J. (2017). The bidirectional relationship between positive mental health and social rhythm in college students: a three-year longitudinal study. *Frontiers in Psychology*, 8:1119.
- Carvalho, A., F., Sharma, M.S., Brunoni, A.R., Vieta, E., & Fava, G. (2016). The safety, tolerability and risks associated with the use of newer generation antidepressant drugs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85, 270-288.
- Caspi, A., & Moffitt, T.E. (2018). All for one and one for all: Mental disorders in one dimension. *American Journal of Psychiatry*, 175(9), 831-844.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Chang-Quan, H., Zheng-Rong, W., Yong-Hong, L., Yi-Zhou, X., & Qing-Xiu, L. (2010). Education and Risk for Late Life Depression: A Meta-Analysis of Published Literature. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 40, 109-124.
- Charlson, F., Degenhardt, L., McLaren, J., Hall, W., & Lynskey, M., (2009) A systematic review of research examining benzodiazepine-related mortality. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 18(2), 93-103.
- Chmielewski, M., Clark, L.A., Bagby, R.M., & Watson, D. (2015). Method matters: Understanding diagnostic reliability in DSM-IV and DSM-5. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 764-769.
- Chouinard, G., & Chouinard, V.-A. (2015). New classification of selective serotonin reuptake inhibitor withdrawal. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 63-71.
- Clark, A., Cuthbert, B.N., Lewis-Fernandez, R., Narrow, W.E., & Reed, G.M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18, 72-145.
- Clark, D.M. (2018). Realising the Mass Public Benefit of Evidence-Based Psychological Therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 159-183.
- Clark, D.M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, P., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *Lancet*, 391, 679-86.
- Clark, D.M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D.A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 910-20.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2. Auflage. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Wild, K.V., & Karasu, T.B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression: A systematic analysis of the evidence. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- Conway, C., Forbes, M.K., Forbush, K.T., Fried, E.I., Hallquist, M.N., Kotov, R. et al. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology Can Transform Mental Health Research. *Perspectives on Psychological Science*, 14, 419-436.
- Cooper, R. (2014). *Diagnosing the diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Karnak Books.
- Costello, E.J., Copeland, W., & Angold, A. (2016). The Great Smoky Mountains Study: Developmental epidemiology in the southeastern United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 639-646.
- Cukrowicz, K.C., White, B.A., Reitzel, L.R., Burns, A.B., Driscoll, K.A., Kemper, T.S., & Joiner, T.E. (2005). Improved treatment outcome associated with the shift to empirically supported treatments in a graduate training clinic. *Professional Psychology Research and Practice*, 36, 330-337.
- Cwik, J.C., Papen, F., Lemke, J.-E., & Margraf, J. (2016). An investigation of diagnostic accuracy and confidence related to diagnostic checklists as well as gender biases in relation to mental disorders. *Frontiers in Psychology*, 7:1813.
- Cwik, J.C., & Margraf, J. (2017). Information order effects in clinical psychological diagnoses. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 1142-1154.
- Dawson, R., Lavori, P.W., Coryell, W.N., et al. (1998). Maintenance strategies for unipolar depression. *Journal of Affective Disorders*, 49, 31-44
- Deacon, B. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33, 46-61.
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (Ed.) (2018). *Medikamentenabhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe Band 5*. Hamm: DHS.
- Deutscher Bundestag (2017). *Mögliche Unzulänglichkeiten bei der Zulassung von Antidepressiva*. Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion der Linken vom 31.07.2017. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode: Drucksache 18/13316.
- Deutscher Bundestag (2018). *Antwort der Bundesregierung vom 21.8.2018 auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Susanne Ferschl, Matthias W. Birkwald, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE*. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode: Drucksache 19/3667.
- Diener, E., & Tay, L. (2015). Subjective well-being and human welfare around the world as reflected in the Gallup World Poll. *International Journal of Psychology*, 50, 135-149.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dobson, K.S., Hollon, S., Dimidjian, S., Schmalting, K.B., Kohlenberg, R.J., Gallop, R. et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in Major Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Dolle, K., Schulte-Körne, G. (2013). *Clinical practice guideline: The treatment of depressive disorders in children and adolescents*. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(50), 854-60.
- Doshi, P., Dickersin, K., Healy, D., Vedula, S.S., & Jefferson, T. (2013). Restoring invisible and abandoned trials: a call for people to publish the findings. *BMJ*, 346, f2865.
- Doshi, P. (2015). No correction, no retraction, no apology, no comment: institutional responsibility. *BMJ*, 351, h4629
- Durham, R.C., Chambers, J.A., Power, K.G., Sharp, D.M., Macdonald, R.R., Major K.A., Dow, M.G., & Gumley, A.I. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technol Assess*, 9, 1-174.
- Einstein, E.H., & Klepacz, L. (2017). What influences mental illness? Discrepancies between medical education and conception. *Journal of Medical Education and Curricular Development*, 4, 1-6.
- Elkin, I. (1990). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-36.
- European Medicines Agency (2005). Serotonin-specific reuptake inhibitors and serotonin-noradrenaline reuptake inhibitors. <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/serotonin-specific-reuptake-inhibitors-serotonin-noradrenaline-reuptake-inhibitors>. Abgerufen am 24.3.2019.
- European Medicines Agency (2014). *Publication and access to clinical-trial data*. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/06/WC500144730.pdf.
- Eveleigh, R., Muskens, E., Lucassen, P., Verhaak, P., Spijker, J., van Weel, C. et al. (2018). Withdrawal of unnecessary antidepressant medication: a randomised controlled trial in primary care. *British Journal of General Practice Open*, 1(4), bjgpopen17X101265.
- Eysenck, H.J. (1952). *The Structure of Human Personality*. Routledge.

- Eysenck, H.J. (1970). *The Structure of Human Personality*. Third edition. Routledge.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., Ruini, C., Mangelli, L., & Belluardo, P. (2001). Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure. *Psychological Medicine*, 31, 891–898.
- Fava, G.A. (2002). Long-term treatment with antidepressant drugs: the spectacular achievements of propaganda. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 71(3), 127–32.
- Fava, G.A. (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(2), 123–33.
- Fava, G.A. (2003). Can long-term treatment with antidepressant drugs worsen the course of depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 123–133.
- Fava, G.A. (2004). Six-year outcome of cognitive behavioural therapy for prevention of recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 468–477.
- Fava, G.A., & Offidani, E. (2011). The mechanisms of tolerance in antidepressant action. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 15, 1593–602.
- Fava, G.A., Gatti, A., Belaise, C., Guidi, J., & Offidani, E. (2015). Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 84, 72–81.
- Fava, G.A., Benasi, G., & Cosci, F. (2017). The potential role of iatrogenic comorbidity in the interaction between pharmacotherapy and psychotherapy in anxiety disorders. *Verhaltenstherapie*, 27, 265–270.
- Forand, N.R., de Rubeis, R.J., & Amsterdam, J.D. (2013). Combining medication and psychotherapy in the treatment of major mental disorders. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 6, 735–774.
- Freedman, R., Lewis, D.A., Michels, R., Pine, D.S., Schultz, S.K., Tamminga, C., Gabbard, G.O., Gau, S.S., Javitt, D.C., Oquendo, M., ShROUT, P., Vieta, E., & Yager, J. (2013). The initial field trials of DSM-5: New blooms and old thorns. *American Journal of Psychiatry*, 170, 1–5.
- Fryers, T., Melzer, D., Jenkins, R., & Brugha, T. (2005). The distribution of the common mental disorders: social inequalities in Europe. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1, 14.
- Gadermann, A.M., Alonso, J., Vilagut, G., Zaslavsky, A.M., & Kessler, R.C. (2012). Comorbidity and disease burden in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Depression and Anxiety*, 29(9), 797–806.
- Gibertini, M., Nations, K.R., & Whitaker, J.A. (2012). Obtained effect size as a function of sample size in approved antidepressants: a real-world illustration in support of better trial design. *International clinical psychopharmacology*, 27(2), 100–106.
- Gigerenzer, G., & Seiden, R. (2001). Rethinking rationality. *Bounded rationality: The adaptive toolbox*, 1, 12.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59–72.
- Gold, I. (2009). Reduction in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54, 506–512.
- Götzsche, P.C. (2015). *Deadly psychiatry and organised denial*. Copenhagen: People's Press.
- Gould, R.A., Otto, M.W., & Pollack, M.H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology Review*, 8, 819–844.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel: von der Konfession zur Profession*. Verlag für Psychologie, Hogrefe.
- Greenberg, R.P., & Fisher, S. (1997). Mood-mending medicines: Probing drug, psychotherapy, and placebo solutions. In S. Fisher & R.P. Greenberg (Eds.), *From placebo to panacea: Putting psychiatric drugs to the test* (pp. 115–172). Hoboken, NJ: Wiley
- Guina, J., & Merrill, B. (2018). Benzodiazepines I: Upping the care on downers: The evidence of risks, benefits and alternatives. *Journal of Clinical Medicine*, 7(2), 17.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W., Shimokawa, K., & Sutton, S.W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155–163.
- Haug, T.T., Blomhoff, S., Hellström, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H.P., & Wold, J.E. (2003). Exposure therapy and sertraline in social phobia: 1-year follow-up of a randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 182(4), 312–318.
- Healy, D. (2004). Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression. New York: New York University Press.
- Healy, D., Savage, P. Michael, M. Harris, D. Hirst, M. Carter et al. (2001). Psychiatric bed utilization: 1896 and 1996 compared. *Psychological Medicine*, 31, 779–790
- Healy, D., Harris, M., Michael, P., Cattell, D., Savage, S., Chalasani, P. et al. (2005). Service utilization in 1896 and 1996: morbidity and mortality data from North Wales. *History of Psychiatry*, 16, 27–41.
- Henry, J.D., & Crawford, J.R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227–239.
- Hertwig, R., & Volz, K.G. (2013). Abnormality, rationality, and sanity. *Trends in Cognitive Sciences*, 17, 547–549.
- Higgins, E.S. (2017). Is mental health declining in the US? *Scientific American Mind*, 28(1), 20–21.
- Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 427–440.
- Hofmann S.G., & Smits, J.A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621–632.
- Hollingshurst, S., Kessler, D., Peters, T., & Gunnell, D. (2005). Opportunity cost of anti-depressant prescribing in England: analysis of routine data. *BMJ*, 330, 989–1000.
- Hollon, S.D., DeRubeis, R.J., Shelton, R.C., Amsterdam, J.D., Salomon, R.M., O'Reardon et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 417–422.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159–164.
- Howard, K.I., Orlinsky, D.E., & Lueger, R.J. (1994). Clinically relevant outcome research in individual psychotherapy New models guide the researcher and clinician. *The British Journal of Psychiatry*, 165(1), 4–8.
- Hoyer, J., Becker, E.S., & Margraf, J. (2002). Generalized anxiety disorder and clinical worry episodes in young women. *Psychological Medicine*, 32, 1227–1237.
- Hoyer, J., Becker, E.S., Neumer, S., Soeder, U., & Margraf, J. (2002). Screening for anxiety in an epidemiological sample: predictive accuracy of questionnaires. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 113–134.
- Huhn, M., Tardy, M., Spinelli, L.M., Kissling, W., Förstl, H., Pitschel-Walz, G. et al. (2014). Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders. A systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry*, 71, 706–715.
- Hunsley, J. (2003). Cost effectiveness and medical cost-offset considerations in psychological service provision. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 44, 61–73.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2013). The efficacy and effectiveness of psychological treatments. Ottawa: Canadian Psychological Association.
- Hunsley, J., Elliott, K., & Therrien, Z. (2014). The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 55(3), 161–176.
- IAPT (2018). Improving Access to Psychological Treatments (IAPT). <https://www.england.nhs.uk/mental-health/adults/iapt/> abgerufen am 19.3.2018
- Insel, T.R., & Cuthbert, B.N. (2015). Brain disorders? Precisely. *Precision medicine comes to psychiatry*. *Science*, 348, 499–500.
- Jacob, L., Rapp, M.A., Kostev, K. (2017). Long-term use of benzodiazepines in older patients in Germany: a retrospective analysis. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology* 7, 191–200.
- Jacobi, F., Höfler, M., Siebert, J., Mack, S., Gerschler, A. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23, 304–319.
- Janhsen, K., Roser, P., & Hoffmann, K. (2015). The problems of long-term treatment with benzodiazepines and related substances. *Deutsches Ärzteblatt Int*, 112, 1–7.

- Jarrett, R.B., Minhajuddin, A., Vittengl, J.R., Clark, L.A., & Thase, M.E. (2016) Quantifying and qualifying the preventive effects of acute-phase cognitive therapy: Pathways to personalizing care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(4), 365.
- Jefferson, A., Bortolotti, L., & Kuzmanovic, B. (2017). What is unrealistic optimism? *Consciousness and Cognition, 50*, 3–11.
- Jorm, A.F. (2014). Why hasn't the mental health of Australians improved? The need for a national prevention strategy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*, 795–801.
- Junge-Hoffmeister, J. (2019). Prävention psychischer Störungen. In: Schneider, S. & Margraf, J. (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 3: Psychologische Therapie bei Indikationen im Kindes- und Jugendalter. 2. Auflage* Berlin: Springer.
- Jureidini, J. (2014). Let the children cry. Better to be good a feelings than to feel good. *Medical Journal of Australia, 201*, 612–613.
- Jureidini, J., Amsterdam, J.D., & McHenry, L.B. (2016). The citalopram CIT-MD-18 pediatric depression trial: Deconstruction of medical ghostwriting, data mischaracterisation and academic malfeasance. *International Journal of Risk & Safety in Medicine, 28*, 33–43.
- Jureidini, J. & Tonkin, A. (2006). Overuse of Antidepressant Drugs for the Treatment of Depression *CNS Drugs, 20*, 623–632.
- Khan, A., & Brown, W.A., (2015) Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry, 14*, 294 – 300
- Kaminski, G. (1970). *Verhaltenstheorie und Verhaltensmodifikation*. Stuttgart: Klett.
- Karyotaki, E., Smit, Y., Cuijpers, P., Debauche, M., De Keyser, T., Habraken, H., Pitchot, W., Raes, F., Salomez, D., Gillain, B., Fairon, N., Paulus, D., Robays, J., & Holdt-Henningsen, K. (2014) The long-term efficacy of psychotherapy, alone or in combination with antidepressants, in the treatment of adult major depression. *Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 230. D/2014/10.273/72.*
- Kawa, S., & Giordano, J. (2012). A brief history of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: issues and implications for the future of psychiatric canon and practice.
- Kawachi, I., Adler, N.E., & Dow, W.H. (2010). Money, schooling, and health: Mechanisms and causal evidence. *Annals of the New York Academy of Science, 1186*, 56–68.
- Keller, M.B., Ryan, N.D., Strober, M., et al (2001). Efficacy of paroxetine in the treatment of adolescent major depression: a randomized, controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 762–772.
- Kendler, K. (2012). Levels of explanation in psychiatric and substance use disorders: implications for the development of an etiologically based nosology. *Molecular Psychiatry, 17*, 11–21.
- Kendler, K. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry, 15*, 5–12.
- Kennard, B.D., Silva, S.G., Taryn, L., Mayes, M.S., Rohde, P., Hughes, J.L. et al. (2009). Assessment of safety and long-term outcomes of initial treatment with placebo in TADS. *American Journal of Psychiatry, 166*(3), 337–344
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593–602.
- Keyes, C.L.M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(3), 539.
- Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing – A complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist, 62*, 95–108.
- Khan, A., Kolts, R. L., Rapaport, M.H., Krishnan, K.R., Brodhead, A.E., & Browns, W.A. (2005). Magnitude of placebo response and drug-placebo differences across psychiatric disorders. *Psychological Medicine, 35*, 743–749.
- Kilburn, K., Thirumurti, H., Tucker Halpern, C.A., Petifor, A., & Handa, S. (2016). Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *Journal of Adolescent Health, 58*, 223–229.
- Kinderman, P. (2005). A Psychological Model of Mental Disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 13*, 206–217.
- Kirsch, I., Moore, T.J., Scoboria, A., & Nicholls, S.S. (2002). The emperor's new drugs: An analysis of antidepressant medication data submitted to the US Food and Drug Administration. *Prevention & Treatment, 5*(23).
- Kirsch, I. (2010). *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*. New York: Random House.
- Kraemer, H.C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 16*(S1), S8–S15.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry, 54*, 337–345.
- Kripke, D.F., Langer, R.D., & Kline, L.E. (2012). Hypnotics' association with mortality or cancer: a matched cohort study. *BMJ Open, 2*(1), e000850.
- Lacasse, J.R., & Leo, J. (2005). Serotonin and depression: a disconnect between the advertisements and the scientific literature. *PLoS Medicine, 2*: e392
- Lader, M. (2014). Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *British Journal of Clinical Pharmacology, 77*, 295–301.
- Lancet, The (2018). UK life science research: time to burst the biomedical bubble. *Lancet (London, England), 392*(10143), 187.
- Langdon-Neuner, E. (2008). *Medical Ghost-Writing. Mens Sana Monographs, 6*, 257–273.
- Layard, R., & Clark, D.M. (2014). *Thrive: the power of psychological therapies*. London: Penguin.
- Le, Q.A., Doctor, J.N., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2014). Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in posttraumatic stress disorder (the optimizing PTSD treatment trial): A doubly randomized preference trial. *The Journal of Clinical Psychiatry, 75*, 222–230.
- Lebowitz, M.S., & Ahn, W. (2014). Effects of biological explanations for mental disorders on clinicians' empathy. *Proceedings of the National Academy of Sciences, 111*, 17786–17790.
- Lelliott, P.T., Marks, I.M., Monteiro, W.O., Tsakiris, F., & Noshirvani H (1987) Agoraphobics 5 years after imipramine and exposure: Outcome and predictors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 599–605.
- Le Noury, J., Nardo, J.M., Healy, D., Jureidini, J., Raven, M., Tufanaru, C., & Abi-Jaoude, E. (2015). Restoring Study 329: efficacy and harms of paroxetine and imipramine in treatment of major depression in adolescence. *British Medical Journal, 351*:h4320.
- Le Noury, J., Nardo, J.M., Healy, D., Jureidini, J., Raven, M., Tufanaru, C., & Abi-Jaoude, E. (2016). Study 329 continuation phase: Safety and efficacy of paroxetine and imipramine in extended treatment of adolescent major depression. *International Journal of Risk & Safety in Medicine, 28*, 143–161.
- Lilienfeld, S.O., & Treadway, M. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology, 12*, 435–463.
- Lipsey, M.W., & Wilson, D.B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist, 48*, 1181–1209.
- Locher, M.C., Koechlin, M.H., Zion, M.S.R., Werner, M.C., Pine, D.S., Kirsch, I. et.al. (2017). Efficacy and safety of SSRIs, SNRIs, and placebo in common psychiatric disorders: a comprehensive meta-analysis in children and adolescents. *JAMA Psychiatry, 74*(10), 1011.
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P, & Ansseau, M.(2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology, 157*, 98–112.
- Loughman, A., & Haslam, N. (2018). Neuroscientific explanations and the stigma of mental disorder: a meta-analytic study. *Cognitive Research: Principles and Implications, 3*:43.
- Lu, S., Hu, S., Yuhuan, G., Xiao, J., Cai, D., Gao, Z., Sang, Z., Wei, J., Zhang, X., & Margraf, J. (2018). Measurement invariance of the Depression Anxiety Stress Scales-21 across gender in a sample of chinese university students. *Frontiers in Psychology, 9*:2064.
- Luft, M.J., Lamy, M., DelBello, M.P., McNamara, R.K., & Strawn, J.R. (2018). Antidepressant-induced activation in children and adolescents: risk, recognition and management. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care, 48*(2), 50–62.
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W.M., & Becker, E.S. (2016). Psychometric properties of the positive mental health scale (PMH-scale). *BMC Psychology, 4*(1), 8.

- Lukat, J., Becker, E.S., Lavallee, K.L., van der Veld, W.M., & Margraf, J. (2017). Predictors of incidence, remission and relapse of axis I mental disorders in young women: A transdiagnostic approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 322-331.
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E.C., Breuer, E., Chandra, P. et al. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, 5, 357-369.
- Lutz, R. (1998). Indikatoren von Gesundheit oder Krankheit. In Margraf et al. (Hrsg.), *Gesundheits- oder Krankheitstheorie?* Berlin: Springer, 1998.
- Lutz, W. (2003). Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen: dgvt.
- Macintyre, A., Ferris, D., Goncalves, B., & Quinn, N. (2018). What has economics got to do with it? The impact of socioeconomic factors on mental health and the case for collective action. Palgrave Communications, 4:10.
- Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium (2013). A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, 18, 497-511.
- Manthey, L., van Loenen-Frösch, F., Giltay, E.J., van Veen, T., Glashouwer, K., Penninx, B., & Zitman, F.G. (2013). High dose benzodiazepines prolong reaction times in chronic users who have major depressive and/or anxiety disorders. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 77, 571-577.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2012). A Strategic Approach to Stress. *Pan European Networks: Science & Technology*, 05, 1-2.
- Margraf, J. (2015). Magritte's Mystery and DSM's diagnoses. *Observer (Association for Psychological Science)*, Februar 2015, 1-2.
- Margraf, J. (2018). Hintergründe und Entwicklung. In J. Margraf, S. Schneider (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4th, updated and completely revised edition. Berlin: Springer.
- Margraf, J., Cwik, J.C., Pflug, V., & Schneider, S. (2017). Strukturierte klinische Interviews zur Erfassung psychischer Störungen über die Lebensspanne: Gütekriterien und Weiterentwicklungen der DIPS-Verfahren. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 46, 176-186.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2016). From neuroleptics to neuroscience and from Pavlov to psychotherapy: more than just the »emperor's new treatments« for mental illnesses? *EMBO Molecular Medicine*, 8, 1115-1117.
- Margraf, J., & Schneider, S. (2018). Panikstörung und Agoraphobie. In J. Margraf, S. Schneider (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 2: Psychologische Therapie bei Indikationen im Erwachsenenalter. 4th, updated and completely revised edition. Berlin: Springer.
- Margraf, J., & Scholten, S. (2018). Risiken und Nebenwirkungen. In J. Margraf, S. Schneider (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren und Rahmenbedingungen psychologischer Therapie. 4th, updated and completely revised edition. Berlin: Springer.
- Margraf, J., & Zlomuzica, A. (2015). Changing the future, not the past: Towards a translational paradigm shift in treating anxiety disorders. *EMBO Reports*, 16, 259-260.
- Marks, I.M., & Swinson, R.P., Baúo lu M, Kuch K, Noshirvani H, O'Sullivan G, Lelliott P.T., Kirby M, McNamee G, Sengun S, & Wickwire K. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. *The British Journal of Psychiatry*, 162(6), 776-787.
- Mattheys, K., Bambra, C., Warren, J., Kasim, A., & Akhter, N. (2016). Inequalities in mental health in a time of austerity: Baseline findings from the Stockton on Tees Cohort Study. *SSM Population Health*, 2, 350-359.
- Mauz, E. & Jacobi, F. (2008). Mental Disorders and Social Inequalities in Three Birth Cohorts. *Psychiatrische Praxis*, 35, 343-352.
- McHugh, R.K., & Barlow, D.H. (2010). The dissemination and implementation of evidence-based psychological treatments. A Review of Current Efforts. *American Psychologist*, 65, 73-84.
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A., & Otto, M.W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 595-602.
- Michael, T., Zetsche, U., & Margraf, J. (2007). Epidemiology of anxiety disorders. *Psychiatry* 6, 136-142.
- Miller, C., Riccio, J., Verma, N., Nuñez, S., Dechausay, N., & Yang, E. (2015). Testing a conditional cash transfer program in the U.S.: the effects of the family rewards program in New York City. *IZA Journal of Labor Policy*, 4, 11.
- Miller, M., Swanson, S.A., Azrael, D., Pate, V., & Stürmer, T. (2014). Antidepressant dose, age, and the risk of deliberate self-harm. *JAMA Internal Medicine*, 174, 899-909.
- Miller, R. C., & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94, 39-53.
- Mokhar, A., Tillenburg, N., Dirmaier, J., Kuhn, S., Härter, M., & Verthein, U. (2018). Potentially inappropriate use of benzodiazepines and z-drugs in the older population-analysis of associations between long-term use and patient-related factors. *Peer Journal*, 22, 6:e4614.
- Moncrieff, J. (2008). *The myth of the chemical cure. A critique of psychiatric drug treatment*. New York: Palgrave MacMillan.
- Müller, V.I., Cieslik, E.C., Serbanescu, I., Laird, A.E., Fox, P.T., & Eickhoff, S.B. (2017). Altered brain activity in Unipolar Depression revisited: Meta-analyses of neuroimaging studies. *JAMA Psychiatry*, 74, 47-55.
- Murray, C.J., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A.D., et al. (2012). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*, 380, 2197-2223.
- Narayan, V., & Haddad, P.M. (2011). Antidepressant discontinuation manic states: a critical review of the literature and suggested diagnostic criteria. *Journal of Psychopharmacology*, 25(3), 306-313.
- Natali, L., Handa, S., Peterman, A., Seidenfeld, D., & Tembo, D. on behalf of the Zambia Cash Transfer Evaluation Team (2018). Does money buy happiness? Evidence from an unconditional cash transfer in Zambia. *SSM Population Health*, 4, 225-235.
- Nordahl, H.M., Vogel, P.A., Morken, G., Stiles, T.C., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). Paroxetine, cognitive therapy or their combination in the treatment of social anxiety disorder with and without avoidant personality disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(6), 346-356.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K., & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In: A.E. Bergin, S.L. Garfield (Eds.): *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th edition, S. 270-376.
- Owusu-Addo, E., Renzaho, A.M., Mahal, A.S., & Smith, B.J. (2016). The impact of cash transfers on social determinants of health and health inequalities in Sub-Saharan Africa: a systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 5(1), 114.
- Pecknold, J.C. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multicenter trial: Discontinuation effects. *Archives of General Psychiatry*, 45, 429-436.
- Pigott H. (2010). Efficacy and effectiveness of antidepressants. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 267-79.
- Pigott, H.E. (2011). STAR* D: A tale and trail of bias. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 13(1), 6-28.
- Le, Q.A., Doctor, J.N., Zoellner, L.A., & Feeny, N.C. (2014). Cost-effectiveness of prolonged exposure therapy versus pharmacotherapy and treatment choice in Posttraumatic Stress Disorder (the optimizing PTSD treatment trial): A doubly randomized preference trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75, 222-230.
- Reimherr, F.W., Amsterdam, J.D., Quitkin, F.M., et al. (1998). Optimal length of continuation therapy in depression. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1247-1253.
- Rosen, C.S., Greenbaum, M.A., Schnurr, P.P., Holmes, T.H.; Brennan, P.L., & Friedman, M.J. Do benzodiazepines reduce the effectiveness of exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, 1241-1248.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. (1982). A simple, general purpose display of magnitude of experimental effect. *Journal of Educational Psychology*, 74, 166-169.
- Rufer, M., Hand, I., & Peter, H. (2001). Kombinationstherapie bei Angststörungen: Aktuelle Datenlage und Empfehlungen für den klinischen Alltag. *Verhaltenstherapie*, 11, 160-172.

- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien bei generalisierter Angststörung und sozialer Phobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 27-40.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien bei spezifischer Phobie und Zwangsstörung: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 14-26.
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Effektivität psychologischer Therapien von Panik und Agoraphobie: Meta-Analysen auf Störungsebene. *Verhaltenstherapie*, 11, 41-53
- Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Nierenberg, A.A., Stewart, J.W., Warden, D. et.al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR* D report. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1905-1917.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C.D. (2014). Psychological well-being Revisited: Advances in science and practice. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10-28.
- Schlxax, J., Jünger, C., Beutel, M.E., Münzel, T., Pfeiffer, N., Wild, P., Blettner, M., Kerahrodi, J.G., Wiltink, J., & Michal, M. (2019). Income and education predict elevated depressive symptoms in the general population: results from the Gutenberg health study. *BMC Public Health*, 19:430.
- Schneider, S., In-Albon, T., Nuendel, B., & Margraf, J. (2013). Parental panic treatment reduces children's long-term psychopathology: A prospective longitudinal study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(5), 346.
- Scholten, S., Velten, J., Neher, T., & Margraf, J. (2017a). Wealth, justice and freedom: objective and subjective measures predicting poor mental health in a study across eight countries. *SSM-Population Health*, 3, 639-648.
- Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X.C., & Margraf, J. (2017b). Testing Measurement Invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) Across Four Countries. *Psychological Assessment*, 29(11), 1376-1390.
- Scholten, S., Velten, J., Kintscher, M., Pataki, A., & Margraf, J. (2018a). Beschwerden über Psychotherapie und ihre Auswirkungen auf Patienten und Patientinnen. Complaints about psychotherapy and their impact on patients. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 68, 423-427.
- Scholten, S., Velten, J., & Margraf, J. (2018b). Mental distress and perceived wealth, justice and freedom across eight countries: The invisible power of the macrosystem. *PLoS ONE*, 13(5), e0194642.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., Bieda, A. Zhang, X.C., & Margraf, J. (2016). The effects of daily stress on positive and negative mental health: Mediation through self-efficacy. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 16, 1-10.
- Schönfeld, P., Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2017). Positive and negative mental health across the lifespan: A cross-cultural comparison. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17, 197-206.
- Schwabe, U., Paffrath, D., Ludwig, W.-D., & Klauber, J. (Hrsg.). *Arzneiverordnungs-Report 2018*. Berlin: Springer.
- Schürmann, J., & Margraf, J. (2018). Age of anxiety and depression revisited: A meta-analysis of two European community samples (1964-2015). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 102-112.
- Schulte, D. (1991). *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe 1991.
- Schulte-Bahrenberg, T., & Schulte, D. (1993). Change of psychotherapy goals as a process of resignation. *Psychotherapy Research*, 3, 153-165.
- Schulte, D., & Eifert, G.H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Schulte, D., Künzel, R., Pepping, G., & Schulte-Bahrenberg, T. (1992). Tailor-made versus standardized therapy of phobic patients. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 14, 67-92.
- SGB V: Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) zuletzt geändert durch Art. 1 des Gesetzes zur Änderung krankensversicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24.07.2010 (BGBl. I S. 983).
- Sharma, T., Guski, L.S., Freund, N., & Göttsche, P.C. (2016). Suicidality and aggression during antidepressant treatment: systematic review and meta-analyses based on clinical study reports. *BMJ*, 352, i65.
- Shepperd, J.A., Carroll, P., Grace, J., & Terry, M. (2002). Exploring the causes of comparative optimism. *Psychologica Belgica*, 42, 65-98.
- Siegmann, P., Teismann, T., Fritsch, N., Forkmann, T., Glaesmer, H., Zhang, X.C., Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2017). Resilience to suicide ideation: A cross-cultural test of the buffering hypothesis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 25(1), e1-e9.
- Silva, M., Loureiro, A., & Cardoso, G. (2016). Social determinants of mental health: a review of the evidence. *European Journal of Psychiatry*, 30, 259-292.
- Sommersguter-Reichmann, M., Wild, C., Stepan, A., Reichmann, G., & Fried, A. (2018). Individual and institutional corruption in European and US healthcare: overview and link of various corruption typologies. *Applied Health Economics and Health Policy*, 16(3), 289-302.
- Soyka, M. (2017) Treatment of Benzodiazepine Dependence. *New England Journal of Medicine*, 376, 1147-1157.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W. & Endicott, J. (2012). Standards for DSM-5 Reliability. *American Journal of Psychiatry*, 169, 537.
- Stahl, S.M. (2013). *Stahl's essential psychopharmacology: neuroscientific basis and practical applications*. Cambridge University Press.
- Starcevic, V. (2014). The reappraisal of benzodiazepines in the treatment of anxiety and related disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 14(11), 1275-1286.
- Starcevic, V., Brakoulias, V., Viswasam, K., & Berle, D. (2015). Inconsistent portrayal of medication dependence, withdrawal and discontinuation symptoms in treatment guidelines for anxiety disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 379-380.
- Steinbrueck, S.M., Maxwell, S.E., & Howard, G.S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- Stephan, K.E., Bach, D.R., Fletcher, P.C., Flint, J., Frank, M.J., Friston, K.J. et.al. (2016a). Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 1: Classification and diagnosis. *The Lancet Psychiatry*, 3, 77-83.
- Stephan, K.E., Binder, E.B., Breakspear, M., Dayan, P., Johnstone, E.C., Meyer-Lindenberg et.al. (2016b). Charting the landscape of priority problems in psychiatry, part 2: Pathogenesis and aetiology. *The Lancet Psychiatry*, 3(1), 84-90.
- Stone, M.B. (2009). The FDA warning on antidepressants and suicidality – why the controversy? *New England Journal of Medicine* 371, 1668-1671.
- Suldo, S.M., & Shaffer, E.J. (2008). Looking beyond psychopathology: The dual-factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*, 37(1).
- Takanayagi, Y., Spira, A.P., Bienvenu, O.J., Hocks, R.S., Carras, M.C., Eaton, W.W., & Mojtabai, R. (2015). Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in a community sample: results from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 40-44.
- Teismann, T., Forkmann, T., Brailovskaia, J., Siegmann, P., Glaesmer, H., & Margraf, J. (2017). Positive mental health moderates the association between depression and suicide ideation: A longitudinal study. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 18(1), 1-7.
- Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Egeri, L., & Margraf, J. (2016). Remission of suicidal thoughts: Findings from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 723-725.
- Teismann, T., Brailovskaia, J., Totzeck, C., Wannenmüller, A., & Margraf, J. (2018). Predictors of remission from panic disorder, agoraphobia and specific phobia in outpatients receiving exposure therapy: The importance of positive mental health. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 40-44.
- Timimi, S. (2014). No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 208-215.
- Tolin, D. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 710-720.
- Tost, H., & Meyer-Lindenberg, A. (2012). Schizophrenia, social environment and the brain. *Nature Medicine*, 18, 211-213.

- Trumpf, J., Becker, E., Vriends, N., Meyer, A.H., & Margraf, J. (2009). Rates and predictors of remission in young women with specific phobia: A prospective community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 958-964.
- Trumpf, J., Margraf, J., Vriends, N., Meyer, A.H., & Becker, E. (2010a). Specific phobia predicts psychopathology in young women. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 45, 1161-1166.
- Trumpf, J., Margraf, J., Vriends, N., Meyer, A.H., & Becker, E. (2010b). Predictors of specific phobia in young women: A prospective community study. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 87-93.
- Trumpf, J., Vriends, N., Meyer, A.H., Becker, E., Neumer, S., & Margraf, J. (2010c). The Dresden Predictor Study of Anxiety and Depression (DPS): Objectives, design, and methods. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 45, 853-864.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358(3), 252-260.
- Twenge, J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism, 1952-1993. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79(6), 1007-1021.
- Twenge, J.M. (2015). Time Period and Birth Cohort Differences in Depressive Symptoms in the U.S., 1982-2013. *Social Indicators Research*, 121(2), 437-454.
- Twenge, J.M., Cooper, A.B., Joiner, T.E., Duffy, M.E., & Binau, S.G. (2019). Age, period, and cohort trends in mood disorder indicators and suicide-related outcomes in a nationally representative dataset, 2005-2017. *Journal of Abnormal Psychology*. Advance online publication, 2019, March 14.
- Vanheule, S., Desmet, M., Meganck, R., Inslegers, R., Willemsen, J., De Schryver, M. & De- visc, I. (2013). Reliability in Psychiatric Diagnosis with the DSM: Old Wine in New Barrels. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 83, 313-314.
- Van Os, J., Rutten, B., & Poulton, R. (2008). Gene-environment interactions in schizophrenia: Review of epidemiological findings and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 1066-1082.
- Venkatasubramaniana, G., & Keshavan, M.S. (2016). Biomarkers in Psychiatry – A Critique. *Annals of Neuroscience*, 23, 3-5.
- Viguera, A.C., Baldessarini, R.J., & Friedberg, J. (1998). Discontinuing antidepressant treatment in major depression. *Harvard Review of Psychiatry*, 5(6), 293-306.
- Vitiello, B., Silva, S., Rohde, P., Kratochvil, C., Kennard, B., Reinecke, M. et al. (2009). Suicidal events in the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(5), 741.
- Vittengl, J.R., & Jarrett, R.B. (2015). Cognitive therapy to prevent depressive relapse in adults. *Current Opinion in Psychology*, 4, 26-31.
- Voderholzer, U., Barton, B. (2016). Langfristige Wirkung von Psychotherapie bei nichtchronischen Depressionen: Ein systematisches Review von Studien im Vergleich mit Pharmakotherapie. *Verhaltenstherapie*, 26, 108-115.
- von Brachel, R., Hirschfeld, G., Berner, A., Wiltzki, U., Teismann, T., Cwik, J., Velten, J., Sroka, J. & Margraf, J. (im Druck). Long-term effectiveness of CBT in routine outpatient care – a 5 to 20-year follow-up study. *Psychotherapy & Psychosomatics*.
- Vriends, N., Becker, E.S., Meyer, A., & Margraf, J. (2012). Incidence of DSM-IV Social Phobia in a Community Sample of Young German Women. *German Journal of Psychiatry*, 14, 80-90.
- Walton, G.R., Hayashi, K., Bach, P., Dong, H., Kerr, T., Ahamad, K., Milloy, M.J., Montaner, J., & Wood, E. (2016). The impact of benzodiazepine use on mortality among polysubstance users in Vancouver, Canada. *Public Health Reports*, 131, 491-9
- Wang, Z., Whiteside, S.P.H., Sim, L., Farah, W., Farah, W., Morrow, A.S. et al. (2017). Comparative effectiveness and safety of cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for childhood anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171, 1049-1056.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Alicke, M. D., & Klotz, M.L. (1987). Effectiveness of psychotherapy with children and adolescents: A meta-analysis for clinicians. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 542-549.
- Weisz, J.R., Weiss, B., Han, S.S., Granger, D.A., & Morton, T. (1995). Effects of psychotherapy with children and adolescents revisited: A meta-analysis of treatment outcome studies. *Psychological Bulletin*, 117, 450-468.
- Whitaker, R. (2005). Anatomy of an epidemic: Psychiatric drugs and the astonishing rise of mental illness in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7, 23-35.
- Whitaker (2010). Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America. New York City, NY: Crown Publishers
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E. et al. (2010). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 382, 1575-86.
- Whitaker, R., & Cosgrove, L. (2015a). Corruption impairs discussion on long term use of psychiatric drugs (letter). *British Medical Journal*, 350:h2953.
- Whitaker, R., & Cosgrove, L. (2015b). Psychiatry under the influence. Institutional corruption, social injury, and prescriptions for reform. New York: Palmgrave MacMillan.
- Whittington, C.J., Kendall, T., Fonagy, P., Cottrell, D., Cotgrove, A., & Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 1341-1345.
- Wilhelm, F.H., & Roth, W.T. (1997). Acute and delayed effects of alprazolam on flight phobias during exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 831-841.
- Wilkinson, S., & Mulder, R. (2018). Antidepressant prescribing in New Zealand between 2008 and 2015. *New Zealand Medical Journal*, 131, 52-59.
- Wilson, E., & Lader, M. (2015). A review of the management of antidepressant discontinuation symptoms. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 5, 357-368.
- Wittchen, H.U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21, 655-79.
- Whooley, O. (2014). Nosological reflections: The failure of DSM-5, the emergence of RDoC, and the decontextualization of mental distress. *Society and Mental Health*, 4, 92-110.
- Wohlfarth, T.D., van Zwieten, B.J., Lekkerkerker, F.J., Gispens-de Wied, C.C., Ruis, J.R., Elferink, A.J. et al. (2006). Antidepressants use in children and adolescents and the risk of suicide. *European Neuropsychopharmacology*, 16, 79-83.
- World Health Organization (2004). Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options : summary report. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Geneva: World Health Organization.
- Zammit, S., Lewis, G., Rasbash, J., Dalman, C., Gustafsson, J.E., & Allebeck, P. (2010). Individuals, schools, and neighborhood: a multi-level longitudinal study of variation in incidence of psychotic disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67, 914-922.

Autor:

Prof. Dr. Jürgen Margraf
 Forschungs- und Behandlungszentrum
 für psychische Gesundheit
 Ruhr-Universität Bochum
 Massenbergrasse 9-13, 44787 Bochum
 E-Mail: juergen.margraf@rub.de

Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet: eine internationale Perspektive

Michael P. Schaub

Zusammenfassung

Einleitung

Das Ziel der vorliegenden Übersicht besteht in der Darstellung der wichtigsten Konzepte und Ergebnisse zu Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet aus internationaler Sicht und im Hinblick auf die mit der Einführung des Digitalen Versorgungsgesetzes anstehenden Veränderungen.

Methode

Zur Darstellung der wichtigsten Ergebnisse werden drei kürzlich erschienene Metaanalysen zur Wirksamkeit von Personalisiertem Feedback, Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet zusammengefasst.

Ergebnisse

Selbsthilfeinterventionen zur Reduktion von Alkoholkonsum sind mit kleinen Effektstärken wirksam, reduzieren im Mittel um 5 Standardgetränke pro Woche (SG), was auch teilweise längerfristig weiterbesteht und funktionieren ähnlich gut bei Personen mit starkem Alkoholkonsum (>50/35 SG) wie bei solchen mit niedrigerem Konsum. Im Bereich des Cannabiskonsums sind die Effektstärken vergleichbar klein, aber noch nicht längerfristig wirksam wie im Alkoholbereich. Im Bereich illegale Drogen (ohne Cannabis) sind die Ergebnisse mit Ausnahme von den Stimulanzien insbesondere dann vielversprechend, wenn ein Internetprogramm als zusätzliche Behandlung zu einer Standardbehandlung wie zum Beispiel einer Substitutionsbehandlung eingesetzt wird. Ansätze des ‚blended treatment‘, welche die Integration von digitalen Medien in die face-to-face Beratung und Therapie möglichst optimal gestalten, wurden im Suchtbereich bisher unzureichend untersucht.

Schlussfolgerungen

Internetprogramme zur Reduktion von Alkohol- und Drogenkonsum können in geeignetem Setting wirksam und förderungswert sein. Wenn immer möglich, sollten diese zumindest angeleitet oder mit der Möglichkeit zu einem beratenden beziehungsweise therapeutischen Kontakt erfolgen. Ansätze des ‚blended treatments‘ könnten sich gerade für die Versorgungsstrukturen in Deutschland zu entwickeln und zu untersuchen lohnen.

1. Einleitung

Gemäß dem Referentenentwurf des Digitalen Versorgungsgesetzes haben Patienten Anspruch auf eine App, die vom Arzt verordnet, therapieunterstützend angewendet und von den Krankenkassen erstattet wird. Dabei sollen digitale Gesundheitsanwendungen, sofern sie als Medizinprodukte zertifiziert sind, auch erstattungsfähig werden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) soll diese Produkte in einem Verzeichnis aufnehmen und auf ihre Sicherheit und Qualität testen. Der Nutzen der digitalen Anwendungen soll weiter nach einem Jahr vom Anbieter belegt werden. Allerdings soll der geforderte Evidenzgrad dabei bewusst niedrig gehalten werden. Der Anspruch und die Erwartungen an das Digitale Versorgungsgesetz sind entsprechend hoch.

Während dem sich aus wissenschaftlicher Sicht in der internet-gestützten Therapie von Depressionen und Angsterkrankungen in den letzten fünf bis zehn Jahren sehr viel getan hat (folglich zum Beispiel Pasarelu et al. 2017, Richardson and Richardson 2012) und die Evidenzen dazu geradezu nach einem Digitalen Versorgungsgesetz verlangen, können doch nur schon aufgrund der vergleichsweise niedrigen Adhärenz in der face-to-face Therapie bei Suchtkranken einige verständliche Bedenken bestehen.

Grundsätzlich ist Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet nebst der Suchtprävention gemäß Abbildung 1 in ihrer gesamten Bandbreite sinnvoll und

möglich (Schaub 2016). Einzige Ausnahme bildet die eigentliche Konsumkrise aufgrund einer fortlaufenden bzw. akuten Intoxikation oder aufgrund von starken Entzugsserscheinungen. Dabei ist es wichtig zu verstehen, dass das wichtige deutsche Versorgungselement der Suchtrehabilitation in den Nachbarländern wie auch international weniger zentral ist. Dadurch bietet sich einerseits eine Chance, dass neue integrierte, sogenannte ‚blended treatment‘ Modelle, in Deutschland eher entwickelt und auf Wirksamkeit überprüft werden können und andererseits der Nachteil, dass aus anderen Ländern nur wenige Erfahrungen sowie bisher praktisch keine Evidenzen dazu vorliegen. Unter ‚blended treatment‘ wird allerdings nicht nur die integrierte Behandlung von digitalen Medien mit der face-to-face Therapie, sondern auch der Aspekt des wechselseitigen Nutzens in dem Sinne verstanden, dass jeweils die Vorteile des digitalen Zugangs vor allem dann genutzt werden sollen, wenn beim face-to-face Zugang Nachteile bestehen und umgekehrt (Wentzel et al. 2016).

Das Internet bietet insbesondere Vorteile im Vergleich zur face-to-face Suchtbehandlung, wenn es um das Abwägen von Nähe und Distanz geht. Während beispielsweise ‚blended treatment‘ mittels Skype in der ambulanten Suchtbehandlung schon eine vertraute therapeutische Atmosphäre erlauben kann, besteht bei der internetgestützten Selbsthilfe noch deutlich mehr therapeutische Distanz (folglich Abb. 2). Dabei ist es aus therapeutischer Sicht von

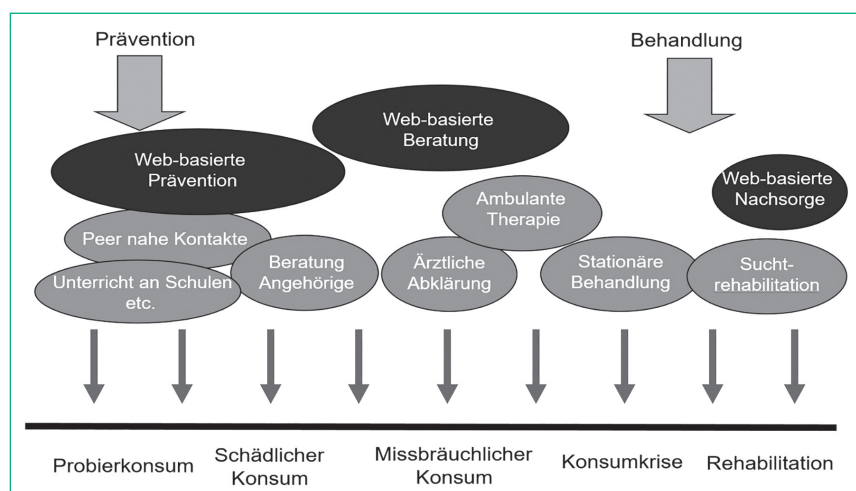


Abbildung 1: Bandbreite der Einsatzmöglichkeiten von digitalen Technologien vom Probierkonsum bis zur Rehabilitation.

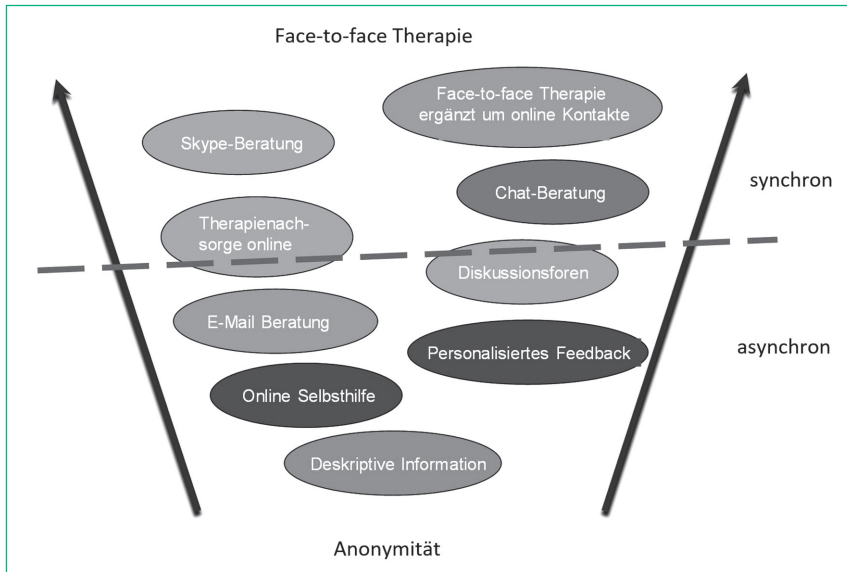


Abbildung 2: Technische Möglichkeiten definieren Nähe und Distanz im Internet. Am besten untersucht im Alkohol- und Drogenbereich wurden Selbsthilfe und Personalisiertes Feedback im Internet.

Relevanz, dass mitberücksichtigt wird, ob die Kommunikation dabei synchron – also zeitgleich wie im obigen Beispiel mittels Skype oder bei einer Chat-Beratung – oder asynchron (zeitversetzt) wie bei einer therapeutischen E-Mail Nachricht und somit mit größerer therapeutischer Distanz erfolgt (Schaub et al. 2016). Am besten untersucht wurden bisher die Bereiche der Selbsthilfe und des Personalisierten Feedbacks. Letzteres beinhaltet vorwiegend ein Screening mittels gängiger Fragebogen wie zum Beispiel dem AUDIT bei einer Alkoholproblematik, ein persönliches Feedback im Vergleich zu einer größeren Vergleichsstichprobe sowie eine kurze Handlungsempfehlung bzw. Hinweise zu Suchthilfe vor Ort.

Bezüglich eigentlichen Apps – also auf Smartphones, Tablets etc. laufende Software-Applikationen – hat eine kürzliche Übersichtsarbeit alleine für den illegalen Drogenbereich (ohne Cannabis) 67 unterschiedliche Apps in den gängigen App-Shops identifiziert (Schaub et al. 2018). Inhaltlich verfolgen die meisten dieser Apps das Ziel einer Konsumreduktion oder einer Abstinenz beziehungsweise deren Aufrechterhaltung, wobei viele gänzlich ohne Unterstützung von Suchtfachleuten entwickelt wurden sowie einige auf Gewinn-Maximierung durch den Verkauf von Apps beziehungsweise von kostenpflichtigen Zusatzfunktionen innerhalb eines Apps fokussieren (Schaub et al. 2018). Kein einziges der 67 identifizierten Apps wurde jemals wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit hin überprüft. Bei Apps, die sich auf Cannabis beziehen, besteht weiter die schwierige Situation, dass die an einer Hand abzählbaren Apps, welche auf eine Konsumreduktion bzw. Konsumabstinenz fokussieren, mit über 300 Apps konkurrenzieren müssen,

welche auf die Beibehaltung bzw. Erweiterung eines genussreichen Konsums abzielen (Ramo et al. 2015).

Es muss aber auch darauf hingewiesen werden, dass Internetprogramme die in wissenschaftlichen Studien untersucht werden, typischerweise keine längerfristige Finanzierung nach Studienende vorweisen können. Eine Übersichtsarbeit zu Studien, die Internetprogramme zur Reduktion des Alkoholkonsums zusammenfasste, fand beispielsweise heraus, dass von den insgesamt 72 identifizierten Programmen gerade mal 8 (11%) längerfristig im Internet aufrufbar waren (Rogers et al. 2017).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit besteht in der übersichtlichen Darstellung der wichtigsten Konzepte und Erkenntnisse zu Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet aus internationaler Sicht und im Hinblick auf die mit der Einführung des Digitalen Versorgungsgesetzes anstehenden Veränderungen.

2. Methode

Zur Darstellung der wichtigsten Ergebnisse werden die drei kürzlich erschienen Metaanalysen zur Wirksamkeit von Personalisiertem Feedback, Selbsthilfe, Suchtberatung und Suchttherapie im Internet zusammengefasst. Die Metaanalyse im Bereich Alkohol (Riper et al. 2018) schloss dabei Studien mit ein, welche Personen mit zumindest riskantem Alkoholkonsum einschlossen. Dabei wurden die jeweiligen landesüblichen Grenzwerte für Frauen und Männer übernommen. Die Metaanalysen zu Cannabis (Boumparis et al. 2019) und illegalen Drogen ohne Cannabis (Boumparis et al. 2017) schlossen Studien zu Personen ein,

welche zumindest einen einmaligen Konsum einer illegalen Droge bzw. von Cannabis berichteten. Alle drei Metaanalysen wandten die von Cochrane empfohlenen Untersuchungen für Verzerrungsrisiken und weitere Qualitätsmaße an, wobei im vorliegenden Artikel die detaillierten technischen metaanalytischen Qualitätsergebnisse der Übersichtlichkeit halber nicht berichtet werden. Interessierte Leserinnen und Leser seien hierfür auf die Originalartikel hingewiesen (Boumparis et al. 2017, 2019; Riper et al. 2018).

Die Metaanalyse im Alkoholbereich (Riper et al. 2018) führte nebst der klassischen Metaanalyse eine sogenannte Individual Patient Data Metaanalyse (IPDMA) durch. Anders als in der klassischen Metaanalyse, wo die gemittelten Werte aller Personen der Interventionsgruppe mit jener der Kontrollgruppe aus vorhandenen Studien Basis der Metaanalyse bilden, verwenden IPDMA die anonymisierten Individualdaten jeder einzelnen Person der eingeschlossenen Studien. Letzteres erlaubt aufgrund der größeren statischen Stärke unter anderem detailliertere Subgruppenanalysen beispielsweise für unterschiedliche Altersgruppen.

3. Ergebnisse

3.1 Metaanalyse Bereich Alkohol

Insgesamt konnten 19 randomisiert-kontrollierte Studien mit Individualdaten von 14'198 Personen (Alter: 40,7, Standardabweichung (SD) = 26,9; 47,6% waren Frauen) in diese Metaanalyse eingeschlossen werden (Riper et al. 2018). Es ist die erste in diesem Bereich, die mit einer IPDMA durchgeführt wurde, es existieren aber mindestens 5 ältere Metaanalysen, die den klassischen meta-analytischen Ansatz angewandt hatten. Die eingeschlossenen Studien bei Riper et al. (2018) stammten aus den Niederlanden (4), Deutschland (3), Schweden (2), Norwegen (2), den USA (2), dem Vereinigten Königreich (2), Japan (1), der Schweiz (1), Dänemark (1) und aus Kanada (1). Die meisten eingeschlossenen Personen waren regelmäßige Problemtrinker (80,1%, mittlere Anzahl Standardgetränke pro Woche (SG) = 44,7, SD = 26,4) und die Übrigen ausschließlich Rauschtrinker (19,9%, SG = 11,9, SD = 4,1). Rund ein Drittel wurden zudem als Starktrinker klassifiziert (34,2%; SG = 65,0, SD = 27,1). Verglichen mit den jeweiligen Kontrollen, reduzierten Personen in den Interventionsgruppen um 5,02 SG mehr ihren Konsum und wiesen einen rund doppelt so häufigen (Odds Ratio (OR) = 1,66, 95% CI 1,21–2,27, p = 0,002) Behandlungserfolg auf (als Behandlungserfolg wurde einen Konsum von SG < 14 für Frauen bzw. 21 für Männer angenommen). Dabei reduzierten Starktrinker ihren Alkoholkonsum um ähnlich hohe Anzahl Standardgetränke wie weniger stark trinkende.

Männer konnten etwas besser als Frauen sowie Personen über 54 etwas besser als die jüngeren Altersgruppen den Alkoholkonsum reduzieren. Erstanlicherweise zeigten Personen mit besserer Ausbildung eine geringere Reduktion verglichen mit solchen mit schlechterer Ausbildung. Arbeitslosigkeit und Beziehungsstatus waren hingegen keine relevanten Moderatoren.

Von den Interventionen her schnitten Studien mit angeleiteter Selbsthilfe besser ab als solche mit reiner Selbsthilfe oder Personalisiertem Feedback. Letztere zeigten den geringsten Erfolg. Weiter waren Studien sowohl im Setting der Gesundheitsversorgung wie auch in der Allgemeinbevölkerung effektiv. Zu Studien in der Betrieblichen Gesundheitsversorgung lassen sich noch keine Aussagen machen, weil die Datenlage dazu noch unzureichend ist.

3.2 Metaanalyse Bereich Cannabis

Dazu wurden 20 randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt 5'195 Cannabiskonsumierenden (Altersrange: 16-40; 48% Frauen) eingeschlossen (Boumparis et al. 2019). Es ist die zweite Metaanalyse im Bereich Cannabis und quasi eine Aktualisierung der ersten (Tait et al. 2013). Die eingeschlossenen Studien stammten aus den USA (12), Australien (3), Deutschland (2), der Schweiz (2) und Brasilien (1). Zum Zeitpunkt des Interventionsendes zeigten Personen in den Interventionsgruppen bei Interventionen, die nicht nur für die Prävention fokussierten, sondern auch vornehmlich kognitiv-verhaltenstherapeutische Module enthielten, eine signifikant höhere Reduktion der Anzahl Cannabiskonsumtage als die Kontrollen mit einem kleinen mittleren Effekt (17 Vergleiche, $N=3'813$, $g=0.12$). Allerdings waren diese Effekte nicht längerfristig signifikant.

3.3 Metaanalyse Bereich illegale Drogen

Insgesamt wurden 17 randomisiert-kontrollierte Studien in diese Metaanalyse eingeschlossen mit 2'836 Personen mit Konsum von illegalen Drogen ohne Cannabis (Boumparis et al. 2017). Es handelt sich dabei um die erste Metaanalyse in diesem Bereich, wobei 14 Studien aus den USA und je eine Studie aus Australien, Schweden und der Schweiz stammen. In die Metaanalyse wurden vier Studien eingeschlossen mit Personen mit Opiatkonsum, 4 Studien mit Personen mit Konsum von Kokain oder Amphetaminen (Stimulanzienkonsum) und weitere 9 Studien mit Personen mit dem Konsum von unterschiedlichen illegalen Drogen. Die Studien wurden im klinischen Setting (ambulante Drogenbehandlung: 5, Spital: 4, Stationäre Drogentherapie: 1) und mit Rekrutierung in der Allgemeinbevölkerung (7) durchgeführt. Insgesamt resultierte ein kleiner mittlerer Effekt bei Inter-

ventionsende (17 Studien, $n = 2836$, $g = 0.31$; $P < 0.001$), der auch bei den Nachbefragungen (3 bis 12 Monate) weiterbestand (9 Studien, $n = 1906$, $g = 0.22$; $P = 0.003$). Dabei waren allerdings nur die Studien bei Personen mit Opiatkonsum und unterschiedlichem illegalen Drogenkonsum signifikant, jene zu Stimulanzien zeigten keine nennenswerten Effekte. Weiter schnitten Studien mit internetgestützten Zusatzintervention (z. B. zur Reduktion des Strassendrogenkonsums in der Substitutionsbehandlung) deutlich besser ab, als solche die als alleinige Intervention ohne weitere Behandlung erfolgten und typischerweise in der Allgemeinbevölkerung rekrutierten.

4. Diskussion

Selbsthilfeinterventionen zur Reduktion von Alkoholkonsum sind wirksam, reduzieren im Mittel um 5 SG, was auch teilweise längerfristig weiterbesteht und funktionieren ähnlich gut bei Personen mit starkem Alkoholkonsum (>50/35 SG) wie bei solchen mit niedrigerem Konsum. Allerdings trinken die meisten Personen in der stark konsumierenden Gruppe nach wie vor riskante Mengen. Da die angeleitete Selbsthilfe – bei welcher zumindest zusätzlich zur Selbsthilfe ein Kontakt zu einer Beratungsperson besteht – besser abschneidet, sollte, wenn immer möglich, diese Form der Selbsthilfe angewandt werden. Eigentliches 'blended treatment' wurde aber noch unzureichend untersucht, obwohl gerade diese Form für die Alkoholrehabilitation in Deutschland interessant wäre. Geeignete 'blended treatments' könnten sowohl vor, während der Rehabilitation oder auch zur Verbesserung der Nachsorge angewandt werden. Selbstverständlich könnten 'blended treatments' auch in der ambulanten Drogenberatung bzw. Drogentherapie angewandt werden. Bei Cannabis sieht es ähnlich aus, allerdings ließen sich in den eingeschlossenen Studien in diesem Bereich keine längerfristigen Effekte mehr nachweisen. Immerhin haben neuere angeleitete Selbsthilfeprogramme (Schaub et al. 2015, Amann et al. 2018) und solche mit verfilmter motivierender Gesprächsführung (Rooke et al. 2013) zumindest stabile mittelfristige (3 bis 6 Monate) Ergebnisse gezeigt. Im illegalen Drogenbereich sind die Ergebnisse mit Ausnahme von den Stimulanzien insbesondere dann vielversprechend, wenn ein Internetprogramm als zusätzliche Behandlung zu einer Standardbehandlung wie zum Beispiel einer Substitutionsbehandlung eingesetzt wird. Allerdings wurde mit Abstand die Mehrheit der entsprechenden Metaanalyse eingeschlossenen Studien in den USA durchgeführt, wo nach wie vor für viele marginalisierte Drogenabhängige die einzige Möglichkeit für eine adäquate Drogentherapie in der Teilnahme an einer Studie besteht. Einzelne Studien verfolgten zudem den Ansatz des Kontin-

genzmanagements (Verstärker wie Bargeld für drogennegative Urinproben), was sich aus versorgungspolitischen sowie aufgrund anderer Versicherungssysteme in Deutschland und anderen europäischen Ländern wohl nie als breit einsetzbare Behandlungsoption durchsetzen wird.

Praktisch sämtliche in den dargestellten Metaanalysen eingeschlossenen Studien wandten Internetgestützte Interventionen an, die ausschließlich für Computeroberflächen und -bildschirme optimiert waren. Auch wenn einige neue Interventionen mittlerweile auch adaptiv für Tablet- und Smartphoneoberflächen sowie deren Bildschirmgrößen sind, wurden praktisch keine Apps im Suchtbereich je auf ihre Wirksamkeit hin untersucht. Das mag insbesondere deshalb erstaunen, weil es schon sehr viele Apps gegen Suchtprobleme im Internet gibt und deren Anzahl offensichtlich weiterhin steigt. Ob ein App – das sich mit einem Klick wieder löschen lässt – zur Reduktion von Alkohol- oder Drogenkonsum wirklich besser ist als ein vergleichbares adaptives Internetprogramm, das zum Beispiel auch einfache SMS verschicken kann, und falls ja bei welchen Altersgruppen, das muss zuerst einmal nachgewiesen werden.

Insofern ist es zwar lobenswert, dass das Digitale Versorgungsgesetz auch ein Verzeichnis für digitale Anwendungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte vorsieht, welche vor deren Aufnahme auf ihre Sicherheit und Qualität geprüft werden sollen. Fragt sich allerdings, was uns sichere und erstattungsfähige digitale Anwendungen nutzen, wenn sie unwirksam sind. Da hilft wahrscheinlich auch nicht allzu sehr, dass der Nutzen der digitalen Anwendungen nach einem Jahr von einem Anbieter belegt werden soll. Bleibt zu hoffen, dass zumindest die in Zukunft in Deutschland am meisten verwendeten digitalen Anwendungen im Suchtbereich auch wissenschaftlich auf deren Wirksamkeit hin überprüft werden.

Die vorliegende Übersicht basiert auf den drei gegenwärtig wichtigsten Metaanalysen zu Internetinterventionen im Suchtbereich, welche je für sich Limitationen mit sich bringen (Boumparis et al. 2017, 2019; Riper et al. 2018). Allen gemeinsam ist, dass sie nur eine Momentaufnahme bilden und gerade im Alkohol- und Cannabisbereich eine ganze Reihe an neuen Studien kurz vor Studienende beziehungsweise vor ihrer Publikation stehen, welche die hier genannten Ergebnisse noch leicht verändern und die Erkenntnisse erweitern könnten.

5. Schlussfolgerungen

Internetprogramme zur Reduktion von Alkohol- und Drogenkonsum können in geeignetem Setting durchaus wirksam und deshalb förderungswert sein. Wenn immer

möglich sollten diese zumindest angeleitet oder mit der Möglichkeit zu einem beraterrischen beziehungsweise therapeutischen Kontakt erfolgen. Modelle des im Suchtbereich noch unzureichend untersuchten Ansatzes des 'blended treatments' könnten sich gerade für die Versorgungsstrukturen in Deutschland zu entwickeln und wissenschaftlich zu untersuchen lohnen.

Literatur

Amann, M., Haug, S., Wenger, A., Baumgartner, C., Ebert, D.D., Berger, T., Stark, L., Walter, M., Schaub, M.P. (2018). The Effects of Social Presence on Adherence-Focused Guidance in Problematic Cannabis Users: Protocol for the CANreduce 2.0 Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 7 (1), e30.

Boumparis, N., Karyotaki, E., Schaub, M.P., Cuijpers, P., Riper, H. (2017). Internet interventions for adult illicit substance users: a meta-analysis. *Addiction*, 112 (9), 1521-1532.

Boumparis, N., Loheide-Niesmann, L., Blankers, M., Ebert, D.D., Korf, D., Schaub, M.P., Spijkerman, R., Tait, R.J., Riper, H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 82-94.

Pasarelu, C.R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., Dobrea, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive and Behavioral Therapy*, 46 (1), 1-28.

Ramo, D.E., Popova, L., Grana, R., Zhao, S., Chavez, K. (2015). Cannabis Mobile Apps: A Content Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*, 3 (3), e81.

Richards, D., Richardson, T. (2012). Computer-based psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32, 329-342.

Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., Andersson, G., Berman, A.H., Bertholet, N., Bischof, G., Blankers, M., Boon, B., Boß, L., Brendryen, H., Cunningham, J., Ebert, D., Hansen, A., Hester, R., Khadjesari, Z., Kramer, J., Murray, E., Postel, M., Schulz, D., Sinadinovic, K., Suffoletto, B., Sundström, C., de Vries, H., Wallace, P., Wiers, R.W., Smit, J.H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: An individual patient data meta-analysis of 19 randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, 15 (12), e1002714.

Rogers, M.A., Lemmen, K., Kramer, R., Mann, J., Chopra, V. (2017). Internet-delivered health interventions that work: Systematic review of Metaanalyses and evaluation of website availability. *Journal of Medical Internet Research*, 19 (3), e90.

Rooke, S., Copeland, J., Norberg, M., Hine, D., McCambridge, J. (2013). Effectiveness of a self-guided web-based cannabis treatment program: randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 15 (2), e26.

Schaub, M.P. (2016): Web-Based Interventions for Substance Abuse. In ALM. Andrade, D. De Micheli (Eds.), *Innovations in the Treatment of Substance Addiction* (P. 151-163), Basel: Springer.

Schaub, M.P., Wenger, A., Berg, O., Beck, T., Stark, L., Buehler, E., Haug, S. (2015). A Web-Based Self-Help Intervention With and Without Chat Counseling to Reduce Cannabis Use in Problematic Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 17 (10), e232.

Schaub, M.P., Yi-Chen Lee, J., Pirona, A. (2018). *m-Health applications for responding to drug use and associated harms EMCCDA PAPERS*. Brussels: Publications Office of the European Union. ISBN: 978-92-9497-368-9.

Tait, R.J., Spijkerman, R., Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 133 (2), 295-304.

Wentzel, J., van der Vaart, R., Bohlmeijer, E.T., van der Vaart, R. (2016). Mixing online and face-to-face therapy: how to benefit from blended care in mental health care. *JMIR Mental Health*, 3 (1), e9.

Autor:

Prof. Dr. Michael P. Schaub
 ISGF Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung
 Konradstraße 32, 8005 Zürich, Schweiz
 michael.schaub@isgf.uzh.ch

Literaturhinweis

Teilsmann, T., Ehring, Th.: Pathologisches Grübeln. Göttingen: Hogrefe; ISBN: 978-3-8017-2748-2; 19,95 Euro.

In der Psychotherapie ist das Grübeln mittlerweile als ein störungsübergreifender Prozess, der für das Verständnis unterschiedlicher psychischer Erkrankungen von zentraler Bedeutung ist, anerkannt. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Prozess des Grübelns geht auf die Psychologin Susan Nolen-Hoeksema, die den Begriff „Zu viel Denken“ prägte, zurück. Grübeln ist ein Phänomen unseres Zeitalters. Ergibt sich eine Pause im hektischen Alltag, kommen bei vielen immer wiederkehrende Gedanken und Gefühle auf, die eine Eigendynamik entwickeln, Energie rauben und runterziehen. Ein Kreislauf negativer Gedanken und Gefühle beeinträchtigt das Alltagsleben, das Wohlempfinden und blockiert die Zufriedenheit. Nolen-Hoeksema benennt Grübeln als zentralen Vulnerabilitätsfaktor für das Entstehen von depressiven Stimmungen und emotionalen Störungen.

Mittlerweile sind Denkprozesse des Grübelns im Kontext weiterer Störungsbilder, wie Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörungen, Schlaf-, Schmerz-, Ess- und auch Substanzstörungen untersucht und bestätigt. Unterschiedliche Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie zentrieren den therapeutischen Fokus auf das Phänomen des Grübelns und erarbeiten grübeln fokussierte Interventionen. Dabei wird nicht der Inhalt des Denkens, sondern der Prozess des Grübelns in den Therapiefokus gestellt. Unterschiede ergeben sich darin, ob Grübeln zentral für die Aufrechterhaltung der aktuellen Störung ist, oder ob für die Aufrechterhaltung der aktuellen Symptomatik primär andere Prozesse verantwortlich sind und das Grübeln jedoch die Durchführung von Interventionen zur Veränderung dieser anderen Prozesse erschwert.

Die Autoren beginnen mit einer Begriffsbestimmung. Grübeln wird in den Kontext verschiedener psychischer Störungen eingeordnet und diagnostische Ver-

fahren und Dokumentationshilfen werden vorgestellt. Es folgt eine Übersicht über den aktuellen Forschungsstand der theoretischen Modelle zur Entstehung und Aufrechterhaltung habituellen Grübelns und empirische Befunde und Ergebnisse der Therapieforschung werden genannt. Bei den Maßnahmen der Diagnostik und Indikationsstellung sowie den Strategien zur Behandlung werden die Metakognitive Therapie nach Edward Watkins und die Ruminationsfokussierte Kognitive Verhaltenstherapie nach Adrian Wells zugrunde gelegt; damit liegt der Schwerpunkt auf die Behandlung von Depressionen.

Der Leser wird mit zahlreichen fiktiven Beispielen und praktischen Hinweisen zur Durchführung von Anwendungen durch das Buch geführt. Die Zielgruppe erstreckt sich damit auf das Fachpublikum der psychotherapeutischen Berufsgruppen, aber auch auf an psychologischen und psychotherapeutischen Sachverhalten Interessierte.

Wird die Diagnostik und Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen unter Berücksichtigung digitaler Spuren des *Internet of Things* zum Normalfall? Eine psychoinformatische Perspektive

Christian Montag

Zusammenfassung

Es ist relativ wahrscheinlich, dass in Zukunft Spuren des *Internet of Things* aus dem Alltag eines Patienten in die Therapie verstärkt mitbezogen werden. Dabei werden wahrscheinlich nicht alle technisch verfügbaren Daten berücksichtigt werden, sondern nur solche die aufgrund von aufwändiger Grundlagenforschung auch als relevant für ein bestimmtes psychiatrisches Bild herausgearbeitet worden sind. Dabei wird es immer darum gehen, möglichst wenig invasiv in den Datenhaushalt einer Person einzugreifen.

Hintergrund

Aktuell sind über 58,8% der Menschheit online (internetworldstats.com, 2019). Dies ist eine bemerkenswerte Zahl. Besonders wenn man bedenkt, dass Tim Berners-Lee gerade einmal vor 30 Jahren den HTML-Code als wichtige Programmiersprache zum Erstellen von Webseiten entwickelt hat. Ein weiterer Meilenstein hin zu einer digitalen Gesellschaft war sicherlich die Gründung der Social Media Plattform Facebook im Jahr 2004 und die Einführung des iPhones von Apple im Jahr 2007. Zweifels- ohne hat der Erfolg von Facebook und die massive Verbreitung des iPhones zu einer dramatischen Beschleunigung der Digitalisierung geführt. Nach aktuellen Schätzungen gibt es weltweit übrigens ca. 2,4 Milliarden Facebook-Nutzer (statista.com, 2019a) und etwa 3,3 Milliarden Smartphone-Nutzer (statista.com, 2019b).

Mit dem Erfolg des Smartphones wurde auch generell die Verbreitung des mobilen Internets beschleunigt, was parallel zu einer Explosion der Entwicklung von mobilen Internet-Anwendungen geführt hat. Dies bildet sich in aktuell über zwei Millionen Apps im Google Play Store ab. Eine etwas niedrigere Zahl findet sich für den Apple App Store (statista.com, 2019c). Vor dem Hintergrund dieser Zahlen scheint es sicherlich nicht verwunderlich, dass das Smartphone auch von besonderem Interesse für das Gesundheitswesen ist. Der kleine Alleskönner in den Hosentaschen von Millionen von

Menschen verfügt über viele Sensoren, die beispielsweise Einblicke in die aktuelle Position bzw. den aktiven Lebensstil einer Person geben können (Global Positioning System, GPS). Des Weiteren sind Rotations- und Beschleunigungssensoren im Smartphone verbaut, die wiederum Auskunft darüber geben können, wie sich eine Person im Raum bewegt (z. B. He & Li, 2013; Su, Tong & Ji, 2014).

Im Folgenden wird nun kurz dargelegt, welche psychologischen/psychiatrischen Variablen bereits heute aus den vielfältigen Smartphone-Daten (sowie aus Daten des *Internet of Things*) abgelesen werden können.

Über die Bedeutung von Smartphone-Nutzungsdaten als auch Datenspuren des *Internet of Things* für die Psychologie und die Psychiatrie

Grundsätzlich lassen sich mit neuartigen App-Technologien, die auf das Smartphone von Patienten installiert werden können, Einblicke in die Mensch-Smartphone-Interaktion gewinnen. Die Analyse der daraus resultierenden Daten ermöglicht dann sogar die Psychodiagnostik von psychopathologischen Zuständen. Wer sich im Detail für das Prozedere der Installation einer solchen App auf dem Smartphone und für mögliche Auswertestrategien solcher Smartphone-Daten interessiert, der kann sich über die App Insights (www.insightsapp.org) informieren, die in der Studie von Montag et al. (2019a) genau beschrieben wird.

Aufgrund der Kürze des Artikels sei an dieser Stelle zusammenfassend darauf hingewiesen, dass durch die Analyse solcher Smartphone-Daten unter anderem Vorhersagen auf depressive Verstimmungen gemacht werden können. So konnte gezeigt werden, dass Personen, die unter depressiven Verstimmungen leiden, eher zu Hause bleiben (geringere Variabilität des GPS-Signals; Saeb et al., 2015), weniger den eigenen Freundeskreis kontaktieren (introvertierte und neurotische Menschen telefonieren weniger; Montag et al., 2014; Montag et al., 2019a) und durch einen emotional

negativ eingefärbten Wortschatz auffallen (Schwartz et al., 2014). So posten Personen mit depressiven Tendenzen eher negative emotionale Wörter auf Social Media Plattformen wie Facebook. Eine neue Studie einer Arbeitsgruppe aus Stanford konnte sogar Belege dafür finden, dass eine Depressionserkrankung durch die Analyse der auf Facebook verwendeten Sprache abgebildet werden kann. Zusätzlich gelang es den Wissenschaftlern, sogar bis zu drei Monate vor der eigentlich gestellten Diagnose durch einen Psychiater, die Depression basierend auf der bei Facebook verwendeten Sprache zu diagnostizieren (Eichstaedt et al., 2018). Hier wird übrigens eine Technik angewendet, die unter dem Begriff *Textmining* in der Literatur bekannt ist (Markowitz et al., 2014). Dabei wird unter anderem untersucht, ob eine Person besonders oft von sich selber oder von anderen spricht bzw. ob eher die Vergangenheitsform, Präsenz oder Zukunft im Satzbau auftaucht. Wie bereits beschrieben worden ist, wird im Kontext von affektiven Störungsbildern geschaut, ob eine Person eher positive oder negative Wörter in ihrem Wortschatz verwendet. Nimmt man die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien zusammen, so kann mit etwas Vorsicht schon Folgendes bzgl. der Zusammenhänge zwischen Smartphone-Daten und depressiven Verstimmungen festgehalten werden: Eine Person, die erfolgreich gegen Depression behandelt wird, sollte ab einem gewissen Zeitpunkt wieder vermehrt den eigenen Freundeskreis kontaktieren, einen aktiveren Lebensstil führen (also mehr unterwegs sein) und mehr positive Worte verwenden.

Auch wenn die Diagnostik von diesen Smartphone- und Social Media-Datenquellen aktuell „nur“ probabilistische Vorhersagen für größere Personengruppen ermöglicht, wird es das Ziel sein, in Zukunft eine bessere Psychodiagnostik von diesen Daten ausgehend auf Einzelpersonenebene zu erzielen. Dies wird wahrscheinlich relativ bald möglich werden, denn auf der einen Seite entstehen durch die zunehmende Verbreitung des *Internet of Things* (IoT) immer größer werdende Datenmengen. Unter

dem IoT versteht man übrigens den komplett vernetzten Alltag, indem nicht nur das Smartphone oder das Laptop mit dem Internet verbunden ist, sondern alles von der Kaffeemaschine, dem Kühlschrank bis hin zu den Rollläden der eigenen Wohnung (Montag & Diefenbach, 2018). Alexa von Amazon und der Homepod von Apple sind ebenfalls aktuelle Beispiele für solche Geräte des IoTs.

Das hier geschilderte Szenario stellt keine Zukunftsvision dar, sondern findet schon in der Gegenwart statt. Dies wird auch durch eine Studie untermauert, die in den letzten Jahren an der University of Electronic Science and Technology of China (UESTC) in Chengdu in Sichuan/China durchgeführt worden ist. Zum Hintergrund: Um als Student auf dem Campus der UESTC leben zu können, benötigt man eine Smartcard, mit der man auch im Campus-Supermarkt bezahlt. Zusätzlich bekommen die Studierenden über die Smartcard Eintritt in die Bibliothek und die Smartcard muss sogar durch eine Kartenvorrichtung gezogen werden, um im Wohnheim duschen zu können. Eine Wissenschaftlergruppe von der UESTC wertete von 18.960 Studierenden die Datenspuren der Smartcard aus und konnte über diese Spuren des IoT die Gewissenhaftigkeit einer Person in Form von Regelmäßigkeiten im Verhalten auf dem Campus und damit die akademische Leistung der Studierenden vorhersagen (Cao et al., 2018). Auch wenn die Zusammenhänge zwischen diesen wenigen IoT-Variablen und der akademischen Performanz nach wie vor im niedrigen korrelativen Bereich liegen, ist zu erwarten, dass mit einem weiteren Anstieg der verfügbaren Daten auf der einen Seite und verbesserten Auswertemöglichkeiten durch künstliche Intelligenz (vor allem *Machine Learning*) auf der anderen Seite, die prognostische Kraft von den IoT-Daten in naher Zukunft deutlich besser werden wird. Als Lektüre sei in diesem Kontext auch das Buch „AI Superpowers“ von dem KI-Experten Kai-Fu Lee empfohlen (Lee, 2018).

Jenseits der Depressionsforschung in der Psychoinformatik

Auch wenn sich ein Schwerpunkt der aktuellen Forschung im Wesentlichen mit der Frage beschäftigt, wie Variablen des IoT mit der Depressionserkrankung zusammenhängen, so gibt es erwähnenswerte Bemühungen, auch bipolare Störungen über den Anschlag auf der Computer-/Smartphone-Tastatur abzubilden (Stange et al., 2018; Zulueta et al., 2018). Gleiches gilt im Übrigen für die Vorhersage der Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls in das schizophrene Krankheitsbild durch Daten des IoTs (Barnett et al., 2018).

Generell gilt festzuhalten, dass es eine neue interdisziplinäre Bewegung in der Psycho-

logie und Psychiatrie gibt, die einige Wissenschaftler unter dem Begriff *Psychoinformatik* zusammenfassen (Markowetz et al., 2014; Yarkoni, 2012). Die Psychoinformatik versucht durch die Verwendung von Methoden der Informatik in der Psychologie/Psychiatrie, einen Großteil der allseits bekannten Methodenprobleme in der Verhaltensforschung in den Griff zu bekommen (Montag, Duke & Markowetz, 2016; Montag & Elhai, 2019). Dazu gehören Probleme auf Seiten der Probanden, sich selber via Fragebogen richtig einzuschätzen oder auch im Interview/Fragebogen sozial erwünscht zu antworten. Zusätzlich ist die Durchführung eines Experiments bekanntlich sehr teuer und es bleibt in Teilen fraglich, in wie weit Ergebnisse aus gut kontrollierten, aber auch künstlichen Experimenten auf den Alltag von Menschen zu übertragen sind. Final besteht das Problem, dass Einblicke in Ursache-Wirkungsprinzipien längsschnittliche Studiendesigns erfordern, die ebenfalls sehr ressourcenintensiv sind.

Die Tatsache, dass 3,3 Milliarden Menschen bereits heute im Alltag überall das Smartphone mit sich herumtragen, bedeutet schon jetzt, dass große Datenmengen über lange Zeiträume anfallen, die prinzipiell aufgrund ihres längsschnittlichen Charakters auch Einblicke in Ursache-Wirkungsmechanismen zulassen würden. Um die Menge der anfallenden Daten ein wenig besser zu veranschaulichen, ist vor einigen Jahren eine groß angelegte Smartphone-Studie in Deutschland durchgeführt worden. Diese zeigte, dass der typische Vertreter der Smartphone-Generation (in etwa zwischen 15 und 35 Jahren) das Gerät jeden Tag durchschnittlich etwas mehr als 2,5 Stunden nutzt (Montag et al., 2015b). Mit anderen Worten wird das Smartphone von den Nutzern jeden Tag mit etwa 2,5 Stunden an direkter Interaktion gefüttert. Zusätzlich fallen zahlreiche Daten an, auch wenn das Smartphone nicht aktiv genutzt wird. Das Herumtragen des Gerätes in der Hosentasche kann beispielsweise über die GPS-Sensorik sehr viel über die Umgebung als auch den Lebensstil einer Person verraten (Miller, 2012). Es ist nicht einzusehen, warum diese Daten nicht in der akademischen Gesundheitsforschung verwendet werden, zumal große Unternehmen wie Apple, Facebook und Google diese Daten von uns täglich frei Haus geliefert bekommen.

Beispiele aus der Suchtforschung

Wie eben erwähnt, beschäftigen sich viele Wissenschaftler im Bereich der Psychoinformatik aktuell besonders mit der Depressionserkrankung, was sicherlich mit der Bedeutsamkeit der Erkrankung weltweit zu tun hat (Lim et al., 2018). Aber auch in der Suchtforschung gibt es nennenswerte Entwicklungen in der Psychoinformatik. App-Technologien werden bereits jetzt

psychodiagnostisch eingesetzt, um nicht nur Einblicke in die Depression, sondern auch in den Verlauf einer Sucht zu bekommen. Besonders naheliegend ist hier natürlich, App-Tracking im Kontext von Online-Verhaltenssuchten einzusetzen (Montag, Reuter & Markowetz, 2015). Die aktuell besonders heiß diskutierten Themengebiete wie Online- oder Internetsucht profitieren besonders von einem solchen App-Tracking, da mehrere Arbeiten bereits zeigen konnten, dass es sehr schwer ist, den eigenen Onlinekonsum einzuschätzen (z. B. Lin et al., 2015; Montag et al., 2015a). Versuchen Sie doch selber einzuschätzen, wie häufig Sie letzte Woche auf Ihr Smartphone zugegriffen haben? Aufgrund von Zeitverzerrungen während der Nutzung von Smartphones fällt uns das eher schwer.

Weiterhin ist denkbar, dass Tracking-Apps dem Nutzer anzeigen, wann eine bestimmte Länge der Online-Nutzung erreicht ist (Montag, Reuter & Markowetz, 2015). Er/sie wird dann bei Überschreiten der Onlinezeit darauf hingewiesen, etwas anderes zu tun. Erwähnenswert sind in diesem Kontext Initiativen wie die *Time Well Spent*-Kampagne des *Center for Humane Technology*. Hier wird sich dafür eingesetzt, digitale Umgebungen zu schaffen, die an die Bedürfnisse des Menschen in einem digitalen Zeitalter angepasst sind (humanetech.com; 2019). Dies ist von großer Bedeutung, da das heute so oft anzutreffende Geschäftsmodell „Daten im Austausch für das Recht einen Online-Service zu nutzen“, viele Tech-Entwickler dazu ermutigt hat, möglichst Sucht erzeugende Applikationen und Plattformen zu entwickeln (Montag et al., 2019b). Für einen generellen Überblick über den großen Bereich der *Internet Use Disorders* (der aktuell bessere Begriff anstatt Internetsucht) siehe die neue Übersichtsarbeit von Montag & Becker (2019).

Im Rahmen der Suchtforschung versuchen sich App-Entwickler auch daran, Varianten des *Experience Sampling/Ecological Momentary Assessment* in die Therapie mit Alkoholpatienten einzubinden. Hier geht es unter anderem darum, Tagebücher in Form von Apps zu führen, oder den Patienten darum zu bitten, auf dem Smartphone zu beantworten, wie es ihm/ihr geht, wenn er/sie mit Alkoholhinweisreizen im Alltag konfrontiert wird. Gerne wird auch erfasst, wieviel Alkohol konsumiert worden ist (Poulton et al., 2019; Smith et al., 2017). Der Einsatz dieser Technologien bringt sicherlich den Vorteil, dass für Außenstehende nur schwer einsichtig ist, was eine Person in das Smartphone genau eingibt. Die Stigmatisierung von Patientengruppen wird durch die App-Nutzung reduziert und die Eingaben geschehen alltagsnah, haben also eine höhere ökologische Validität.

Weitere neue Apps in der Alkoholismus-Forschung beabsichtigen über das

Verwenden sozialer Vergleichsmechanismen, den Alkoholkonsum einer Person zu reduzieren (Garnett et al., 2015). Hier bekommt der Nutzer nach Beantworten eines Fragebogens auf der App „Drinks Meter“ mitgeteilt, wie der eigene Alkohol-Konsum im Vergleich zu einer Referenzbevölkerung ausfällt (<http://drinksmeter.com>). In der Arbeit von Garnett et al. (2015) gaben dann immerhin 58% der App-Nutzer an, nach Erhalt der Ergebnisse ihren Alkohol-Konsum reduzieren zu wollen. Allerdings konnte für die Studie nur eine kleine Stichprobe gezogen werden und es wäre interessant zu wissen, wie viele der Absichtsbekundungen der Studienteilnehmer tatsächlich im Alltag umgesetzt werden.

Es wird ebenfalls bereits zur Unterstützung der Therapie von Sucht-Patienten das GPS-Signal eingesetzt, um zu überprüfen, ob eine Person bei einem Selbsthilfetreffen für Alkoholiker anwesend ist (Knopf, 2019). Darüber hinaus wird in Zukunft interessant sein, unter Verwendung des GPS-Signals solche Routen durch die Stadt oder ein Wohngebiet vorzuschlagen, die möglichst an wenigen Kneipen vorbeiführen. Das könnte gerade zu Beginn der Wiedereingliederung in den Alltag die Rückfallprognosen verbessern.

Der Selbstreport wird nicht obsolet werden, genauso wenig wie der Psychotherapeut

Eine der großen Befürchtungen, die im Kontext von Psychoinformatik und Online-Therapien von psychologischen Psychotherapeuten und Psychiatern geäußert wird, betrifft die eigene Tätigkeit mit den Patienten in der nahen liegenden Zukunft. Wird die psychoinformatische Bewegung die Therapeuten überflüssig machen? Diese Sichtweise erscheint aus mehreren Gründen falsch zu sein. Zum einen haben Menschen aufgrund ihres alten Säugetiergehirns ein Grundbedürfnis nach direkter Interaktion und menschlicher Nähe, besonders wenn es unserer Spezies psychisch schlecht geht (Davis & Montag, 2018; Panksepp, 2004). Von daher wird es für viele Menschen auch weiterhin bedeutsam sein, mit den Therapeuten direkt in einem Raum zu sprechen, auch wenn durch die digitalen Technologien zunehmend mehr die Möglichkeit entsteht, beispielsweise per Videotelefonie zu kommunizieren. Der Nachteil besteht bei der Videotelefonie aber im Vergleich zu einem direkten Gespräch vor Ort darin, dass Patienten und Therapeuten schwieriger Nähe aufbauen können. Positiv zu bewerten ist dagegen, dass die Videotelefonie in Form von Skype oder Facetime im Vergleich zu reinen Textnachrichten wie SMS oder häufig auch WhatsApp-Nachrichten eine an Informationen reichere Kommunikation ermöglicht. Jenseits der Textinformation kann über die-

sen Kanal nämlich über Gestik, Mimik und Tonfall kommuniziert werden.

Über diese Gedanken hinausgehend wird die Selbstauskunft oder das Gespräch mit den Patienten naturgemäß eine wesentliche Quelle der Diagnostik bleiben. Dies wird nicht nur durch die bereits erwähnten Möglichkeiten über die *Textmining*-Methode untermauert (siehe oben), sondern auch durch die Tatsache, dass der Abgleich von subjektiver Wahrnehmung der aktuellen Situation eines Patienten und objektifizierbaren Daten (heute z. B. digital über das Smartphone erfasst) schon immer eine bedeutsame Informationsquelle in der Psychologie und Psychiatrie gewesen ist und weiterhin sein wird. Möglicherweise wird die Berücksichtigung von psychoinformatischen Methoden in der Psychologie und Psychiatrie neue zeitliche Ressourcen schaffen, so dass das behandelnde Personal sich länger mit dem Patienten beschäftigen kann. Das wäre ohne Zweifel eine sehr positive Entwicklung.

Potential und Gefahren

Die Disziplinen Psychologie und Psychiatrie kämpfen im 21. Jahrhundert mit großen Problemen. Darunter fällt sicherlich die unzureichende Replizierbarkeit von einigen Studien (Open Science Collaboration, 2015). Diese unhaltbare Situation gilt es so schnell wie möglich zu verbessern. Das Präregistrieren von Studien über das *Open Science Framework* (osf.io), das Erhöhen von Stichproben, das Verwenden besserer Studiendesigns, und das Ziehen von größeren Stichproben mit unterschiedlichem kulturellem Hintergrund kann die Güte der Studien verbessern (z. B. Montag, 2018).

Zusätzlich wird die Berücksichtigung der in diesem Artikel vorgestellten digitalen Datenspuren in der Forschung als auch in der Therapie das Gesundheitswesen verbessern können. Der ehemalige Direktor des *National Institute for Mental Health* (NIMH) Thomas Insel summierte korrekterweise, dass die Vergangenheit der psychiatrischen Entdeckungen und damit einhergehenden Heilsversprechungen einer Achterbahnfahrt gleicht (Vorwort von Thomas Insel; erschienen in Baumeister & Montag, 2019). Trotz einiger Entdeckungen stecken das Wissen und die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen nach wie vor in den Kinderschuhen. Bedenkt man dabei doch einfach nur, wie wenig sich in der Psychopharmakologie seit den 1960er/70er Jahren des letzten Jahrhunderts getan hat (Ciccocioppo, 2017). In der angesehenen Fachzeitschrift *Nature* wurde sogar von „Psychopharmacology in crisis“ gesprochen ([nature.com](https://www.nature.com), 2011). Insofern ist es sehr wünschenswert das neue Feld des *Digital Phenotyping* im Rahmen der Psychoinformatik auch in der Therapie willkommen zu heißen (Insel, 2017; Torous & Keshavan, 2018).

Digital Phenotyping bedeutet übrigens nichts anderes als ein (psychisches oder anderes) Merkmal aufgrund der digitalen Spuren vorherzusagen. In der Literatur wird auch der Begriff *Mobile Sensing* verwendet (Baumeister & Montag, 2019). Verständlicherweise gibt es viele Kritiker dieser neuen Bewegung, die vor allen Dingen vor dem Horrorszenario des komplett gläsernen Menschen warnen. Dieses orwellische Szenario ist sehr ernst zu nehmen. So konnte bereits eine Studie um Kosinski et al. (2013) zeigen, dass relativ gute Vorhersagen von Facebook-Likes auf Personenmerkmale wie Geschlecht oder sexuelle Orientierung auf Niveau einer Einzelperson möglich sind. Es ergeben sich aber auch hier große Probleme, wenn man die Diskussion um die Vorhersage der sexuellen Orientierung aufgrund von Gesichtsdaten verfolgt hat (Wang & Kosinski, 2018; siehe für eine breitere Diskussion einen Artikel in [theguardian.com](https://www.theguardian.com), 2017).

Im Gesundheitswesen wäre es besonders bedenklich, wenn die erwähnten Daten dazu verwendet würden, darüber zu entscheiden, ob eine Person überhaupt einen Versicherungsschutz bekommt bzw. wie hoch die zu zahlende Police ausfällt. D. h. hier muss auch der Gesetzgeber dringend aktiv werden, um zu definieren, welche Daten in welchen Bereichen unserer Gesellschaft in Zukunft eingesetzt werden dürfen. Vielleicht würde eine relativ einfache Lösung darin bestehen, das bewährte Prinzip der Schweigepflicht auf diese neuen digitalen Spuren im therapeutischen Setting einfach zu übertragen.

Final sei in diesem Abschnitt erwähnt, dass einige Wissenschaftler daran arbeiten, über die digitalen Spuren nicht nur Einblicke in die Psyche einer Person zu bekommen, sondern auch in die darunter befindliche Neurobiologie. So konnte unter anderem bereits ein Zusammenhang zwischen geringeren Volumen grauer Substanz des Nucleus Accumbens und einer höher frequentierenden Facebook-Nutzung auf dem Smartphone hergestellt werden können (Montag et al., 2017). Des Weiteren wurde bereits ein Zusammenhang zwischen einer genetischen Variante des Oxytocin-Rezeptor Gens und der Größe des aktiven sozialen Netzwerkes von Personen herausgearbeitet (Sariyska et al., 2018). Kurzum, digitale Spuren werden auch Einblicke in die Biologie unseres Körpers zulassen (Montag, 2019).

Anmerkung

Christian Montag wurde durch eine Heisenberg-Professur von der Deutschen Forschungsgemeinschaft unterstützt (MO2363/3-2).

Referenzen

Barnett, I., Torous, J., Staples, P., Sandoval, L., Keshavan, M., & Onnela, J. P. (2018). Relapse prediction in schizophrenia through digital phenotyping: a pilot study. *Neuropsychopharmacology*, 43(8), 1660-1666.

Baumeister, H. & Montag, C. (2019). Digital Phenotyping and Mobile Sensing. New Developments in Psychoinformatics. Springer.

Cao, Y., Gao, J., Lian, D., Rong, Z., Shi, J., Wang, Q., ... & Zhou, T. (2018). Orderliness predicts academic performance: Behavioural analysis on campus lifestyle. *Journal of The Royal Society Interface*, 15(146), 20180210.

Ciccocioppo, R. (2017). Grand challenge in psychopharmacology: Setting priorities to Shape a Bright Future. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 15.

Davis, K. L., & Montag, C. (2018). Selected principles of Pankseppian affective neuroscience. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 1025.

Eichstaedt, J. C., Smith, R. J., Merchant, R. M., Ungar, L. H., Crutchley, P., Preoiuc-Pietro, D., ... & Schwartz, H. A. (2018). Facebook language predicts depression in medical records. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(44), 11203-11208.

Garnett, C., Crane, D., West, R., Brown, J., & Michie, S. (2015). Identification of behavior change techniques and engagement strategies to design a smartphone app to reduce alcohol consumption using a formal consensus method. *JMIR mHealth and uHealth*, 3(2), e73.

He, Y., & Li, Y. (2013). Physical activity recognition utilizing the built-in kinematic sensors of a smartphone. *International Journal of Distributed Sensor Networks*, 9(4), 481580.

Humantech.com (2019) <https://humanetech.com> (besucht am 13.07.2019)

Insel, T. R. (2017). Digital phenotyping: technology for a new science of behavior. *Jama*, 318(13), 1215-1216.

Internetworldstats.com (2019) <https://www.internetworldstats.com/stats.htm> (besucht am 10.10.2019)

Knopf, A. (2019). App helps patients through yearlong post-treatment recovery. *The Brown University Child and Adolescent Behavior Letter*, 35(5), 4.

Kosinski, M., Stillwell, D., & Graepel, T. (2013). Private traits and attributes are predictable from digital records of human behavior. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5802-5805.

Lee, K. F. (2018). *AI superpowers: China, Silicon Valley, and the new world order*. Houghton Mifflin Harcourt.

Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific Reports*, 8(1), 2861.

Lin, Y. H., Lin, Y. C., Lee, Y. H., Lin, P. H., Lin, S. H., Chang, L. R., ... & Kuo, T. B. (2015). Time distortion associated with smartphone addiction: Identifying smartphone addiction via a mobile application (App). *Journal of Psychiatric Research*, 65, 139-145.

Markowetz, A., Blaszkiewicz, K., Montag, C., Switala, C., & Schlaepfer, T. E. (2014). Psychoinformatics: big data shaping modern psychometrics. *Medical Hypotheses*, 82(4), 405-411.

Miller, G. (2012). The smartphone psychology manifesto. *Perspectives on Psychological Science*, 7(3), 221-237.

Montag, C. (2018). Cross-cultural research projects as an effective solution for the replication crisis in psychology and psychiatry. *Asian Journal of Psychiatry*, 38, 31-32.

Montag, C. (2019). The neuroscience of smartphone/social media usage and the growing need to include methods from 'Psychoinformatics'. In *Information Systems and Neuroscience* (pp. 275-283). Springer, Cham.

Montag, C., Blaszkiewicz, K., Lachmann, B., Andone, I., Sariyska, R., Trendafilov, B., ... & Markowetz, A. (2014). Correlating personality and actual phone usage. *Journal of Individual Differences*, 35, 158-165.

Montag, C., Blaszkiewicz, K., Lachmann, B., Sariyska, R., Andone, I., Trendafilov, B., ... & Markowetz, A. (2015a). Recorded behavior as a valuable resource for diagnostics in mobile phone addiction: evidence from psychoinformatics. *Behavioral Sciences*, 5(4), 434-442.

Montag, C., Blaszkiewicz, K., Sariyska, R., Lachmann, B., Andone, I., Trendafilov, B., ... & Markowetz, A. (2015b). Smartphone usage in the 21st century: who is active on WhatsApp?. *BMC research notes*, 8(1), 331.

Montag, C., Baumeister, H., Kannen, C., Sariyska, R., Meßner, E. M., & Brand, M. (2019a). Concept, Possibilities and Pilot-Testing of a New Smartphone Application for the Social and Life Sciences to Study Human Behavior Including Validation Data from Personality Psychology. *J*, 2(2), 102-115.

Montag, C. & Becker, M. (2019). Psychological and neuroscientific advances to understand Internet Use Disorder. *Neuroforum*, 25(2), 99-107.

Montag, C., & Diefenbach, S. (2018). Towards homo digitalis: Important research issues for psychology and the neurosciences at the dawn of the internet of things and the digital society. *Sustainability*, 10(2), 415.

Montag, C., Duke, É., & Markowetz, A. (2016). Toward Psychoinformatics: Computer science meets psychology. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2016.

Montag, C., & Elhai, J. D. (2019). A new agenda for personality psychology in the digital age?. *Personality and Individual Differences*, 147, 128-134.

Montag, C., Lachmann, B., Herrlich, M., & Zweig, K. (2019b). Addictive Features of Social Media/Messenger Platforms and Freemium Games against the Background of Psychological and Economic Theories. *International journal of environmental research and public health*, 16(14), 2612.

Montag, C., Markowetz, A., Blaszkiewicz, K., Andone, I., Lachmann, B., Sariyska, R., Trendafilov, B., Eibes, M., Kolb, J., Reuter, M., Weber, B. & Markett, S. (2017). Facebook usage on smartphones and gray matter volume of the nucleus accumbens. *Behavioural Brain Research*, 329, 221-228.

Montag, C., Reuter, M., & Markowetz, A. (2015). The impact of Psychoinformatics on internet addiction. In *Internet Addiction* (pp. 143-150). Springer, Cham.

Nature.com <https://www.nature.com/news/2011/110614/full/news.2011.367.html> (besucht am 10.10.2019)

Open Science Collaboration. (2015). Estimating the reproducibility of psychological science. *Science*, 349(6251), aac4716.

Open Science Framework <https://osf.io> (besucht am 10.10.2019)

Panksepp, J. (2004). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press.

Poulton, A., Pan, J., Bruns Jr, L. R., Sinnott, R. O., & Hester, R. (2019). A smartphone app to assess alcohol consumption behavior: development, compliance, and reactivity. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(3), e11157.

Saeb, S., Zhang, M., Karr, C. J., Schueller, S. M., Corden, M. E., Kording, K. P., & Mohr, D. C. (2015). Mobile phone sensor correlates of depressive symptom severity in daily-life behavior: an exploratory study. *Journal of Medical Internet Research*, 17(7), e175.

Sariyska, R., Rathner, E.M., Baumeister, H. & Montag, C. (2018). Feasibility of linking molecular genetic markers to real-world social network size tracked on smartphones. *Frontiers in Neuroscience*, 12, 945.

Schwartz, H. A., Eichstaedt, J., Kern, M. L., Park, G., Sap, M., Stillwell, D., ... & Ungar, L. (2014, June). Towards assessing changes in degree of depression through facebook. In *Proceedings of the Workshop on Computational Linguistics and Clinical Psychology: From Linguistic Signal to Clinical Reality* (pp. 118-125).

Smith, A., de Salas, K., Lewis, I., & Schüz, B. (2017). Developing smartphone apps for behavioural studies: The AlcoRisk app case study. *Journal of Biomedical Informatics*, 72, 108-119.

Stange, J. P., Zulueta, J., Langenecker, S. A., Ryan, K. A., Piscitello, A., Duffecy, J., ... & Leow, A. (2018). Let your fingers do the talking: Passive typing instability predicts future mood outcomes. *Bipolar Disorders*, 20(3), 285-288.

Statista.com (2019a; Anzahl an Facebook-Nutzern weltweit): <https://www.statista.com/statistics/264810/number-of-monthly-active-facebook-users-worldwide/> (besucht am 10.10.2019)

Statista.com (2019b; Anzahl an Smartphone-Nutzern weltweit): <https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide/> (besucht am 10.10.2019)

Statista.com (2019c; Anzahl an Apps im Google Play und Apple Store): <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/208599/umfrage/anzahl-der-apps-in-den-top-app-stores/> (besucht am 10.10.2019)

Su, X., Tong, H., & Ji, P. (2014). Activity recognition with smartphone sensors. *Tsinghua Science and Technology*, 19(3), 235-249.

The Guardian (2017) <https://www.theguardian.com/world/2017/sep/08/ai-gay-gaydar-algorithm-facial-recognition-criticism-standford> (besucht am 10.10.2019)

Torous, J., & Keshavan, M. (2018). A new window into psychosis: The rise digital phenotyping, smartphone assessment, and mobile monitoring. *Schizophrenia Research*, 197, 67-68.

Yarkoni, T. (2012). Psychoinformatics: New horizons at the interface of the psychological and computing sciences. *Current Directions in Psychological Science*, 21(6), 391-397.

Wang, Y., & Kosinski, M. (2018). Deep neural networks are more accurate than humans at detecting sexual orientation from facial images. *Journal of Personality and Social Psychology*, 114(2), 246-257.

Zulueta, J., Piscitello, A., Rasic, M., Easter, R., Babu, P., Langenecker, S. A., ... & Leow, A. (2018). Predicting mood disturbance severity with mobile phone keystroke metadata: A biaffect digital phenotyping study. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), e241.

Autor:
 Prof. Dr. Christian Montag
 Molekulare Psychologie
 Institut für Psychologie und Pädagogik
 Universität Ulm

E-Health und Telemedizin bei psychischen und suchtbezogenen Störungen – Entwicklungen aus Sicht der Krankenversicherung

Andreas Vogt

Zusammenfassung

Seriös evaluierte digitale Versorgungsangebote wirken nachhaltig. Wir stehen vor der Herausforderung ihrer passgenauen Integration in unsere klassische Versorgungslandschaft. Aus Sicht einer großen gesetzlichen Krankenkasse ist in der Versorgung psychischer Erkrankungen – also auch Suchterkrankungen – ein vernetztes Miteinander von digitalen und analogen Versorgungsangeboten anzustreben. So kann die Chance gewahrt werden, auch schwer erreichbare Patient/innen zu erreichen. Insgesamt wird die Digitalisierung auch im Bereich der psychischen Erkrankungen zu einer aktiveren Einbindung und partizipativen Rolle der Patient/innen führen. Grundlage dafür wird die gestärkte Verfügungshoheit der Patient/innen über ihre eigenen Daten sein.

Ausgangslage

Die Umwälzung des deutschen Gesundheitswesens durch Digitalisierung steht erst am Anfang. Noch erleben wir in großen Teilen der deutschen Versorgungslandschaft eine Spaltung: Während Ärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und andere Beteiligte an der gesundheitlichen Versorgung der Bürger noch weitgehend per Telefon und Fax kommunizieren, nutzen bereits heute fast alle Versicherten und Patient/innen ein Smartphone, das ihnen auch jederzeitigen Zugang zu innovativen Gesundheitsanwendungen, Apps usw. ermöglicht. Vielfach sind dabei zentrale Fragen ungeklärt: Sind entsprechende Angebote auf ihre Wirksamkeit evaluiert? Wie steht es um die Datensicherheit? Wer ist Eigentümer der entstehenden Daten? Wo können diese sicher angelegt werden? Obwohl diese Fragen vielfach unbeantwortet sind, steigt die Nachfrage nach digitalen Lösungen im deutschen Gesundheitswesen stark an (Abb. 1).

Potenziale der Digitalisierung

Über die gesamte Versorgungskette hinweg stecken nach Überzeugung der TK in der Digitalisierung erhebliche Potenziale zur Steigerung von Qualität in Prävention, Diagnose und Therapie (Abb. 2). Dies gilt auch für psychische Erkrankungen: Es ergeben sich niedrighwellige Therapiezugänge, digitale Angebote schaffen häufig große zeitliche und räumliche Flexibilität



Abbildung 1

bei ihrer Inanspruchnahme. Sie lassen sich häufig besser als klassische Versorgung in den Alltag der Betroffenen integrieren.

Ein erfolgreiches Beispiel für ein gelungenes digitales Versorgungsangebot im Bereich der psychischen Erkrankungen ist das Angebot des „TK-Depressionscoach“. Es handelt sich um ein modular aufgebautes Online-Coaching, das sich an leicht bis mittelgradig belastete Versicherte richtet. Es besteht – nach einem ausführlichen Eingangs-Assessment und allgemeinen Informationen zum Thema Depression – aus verhaltenstherapeutisch ausgerichteten

Aufgaben und Übungen (z.B. Schreibübungen, interaktives Tagebuch, spielerische Verhaltenstrainings mit Einbindung von Videosequenzen). Es erfolgt eine regelmäßige Rückmeldung durch begleitende Psychotherapeuten; es handelt sich also nicht um ein Programm, das ausschließlich über Algorithmen gesteuert wird.

Die wissenschaftliche Evaluation¹ des TK-Depressionscoaches zeigt überzeugende Ergebnisse (Abb. 3).

1 Quelle: „Abschlussbericht zum TK-Depressions-Coach“ (tk.de, Webcode2042914)



Abbildung 2



Abbildung 3

Datensicherheit und Datenhoheit

Zum Anspruchsniveau an Datensicherheit kann es hier aus Sicht einer gesetzlichen Krankenkasse – die ja kein Privatunternehmen, sondern eine Körperschaft des öffentlichen Rechts ist – nur eine mögliche Position geben: Die Datensicherheit ist nach deutschen Standards bestmöglich zu gewährleisten. Wie in der analogen Welt auch kann das keine hundertprozentige Datensicherheit garantieren; aber wir sind als deutsches Gesundheitssystem aufgerufen und verpflichtet, das rationale Maximum zu tun, das für den Schutz der Daten erforderlich ist. Dabei sind dieser gerade formulierte Anspruch und Anforderungen an die praktische Nutzbarkeit jeweils gegenseitig abzuwägen: Niemandem nutzt ein zwar hochsicheres System etwas, das aber bei der Nutzung für den Anwender so hohe Hürden aufbaut, dass es in der Nutzung unattraktiv ist.

Die Frage der Datenhoheit war ein wesentlicher Treiber für die deutsche Gesundheitspolitik – und auch für die TK –, sich nach

den insgesamt frustrierenden Bemühungen um die Einführung und Nutzung der „elektronische Gesundheitskarte“ nun intensiv um eine einheitliche Gesundheitsakte zu kümmern. Es drohte und droht noch immer der Abfluss vieler relevanter medizinischer Daten zu privatwirtschaftlich organisierten Konzernen außerhalb Deutschlands und der EU. Dem eingängigen, aber dennoch abstrakten gesellschaftlichen Konsens, wonach „die Gesundheitsdaten dem Versicherten gehören“ musste zügig ein konkretes, im deutschen Sozialrecht verankertes Angebot nach deutschem Datenschutzrecht folgen, das diesen Anspruch auch praktisch einlöst.

Die TK-Gesundheitsakte „TK-safe“ bietet nach den oben genannten Kriterien einen sicheren Ablageort für alle Gesundheitsdaten – und eröffnet die baldige Perspektive zum Austausch dieser Daten mit Versorgungspartnern – wenn Patient/in das möchte (Abb. 4).

Zum 1.1.2021 verpflichtet nun der Gesetzgeber alle gesetzlichen Krankenkassen,

ihren Versicherten eine solche „elektronische Patientenakte“ zur Verfügung zu stellen. Die Vorbereitungen dafür laufen auf Hochtouren, und die Schwierigkeiten (zum Beispiel bei der Standardisierung ärztlicher Befunde) sind nicht zu unterschätzen. Vermutlich wird der Datenbestand der elektronischen Akten zum Einführungsdatum noch sehr überschaubar sein – und es wird dann immer noch Jahre dauern, bis sich alle mit einer solchen Akte verbundenen Hoffnungen erfüllt haben werden – an Behandlungstransparenz, Bürokratieabbau und Möglichkeit zur wissenschaftlichen Nutzung der Daten. Immerhin: Ein Anfang ist gemacht, um dem Datenabfluss an von kommerziellen Interessen getriebenen internationalen Daten-Konzernen ein attraktives deutsches Angebot entgegenzusetzen.

Droht eine Gesundheitsversorgung ohne Menschen?

Wird die Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ihren empathisch-menschlichen Kern berauben? Wird sie Arbeitsplätze für medizinisch-therapeutische Professionen zerstören? Natürlich kann heute niemand sagen, welche Wirkungen z.B. die Einführung Künstlicher Intelligenz in den therapeutischen Alltag haben wird; und vieles spricht dafür, dass einzelne medizinisch-therapeutische Kompetenzen maschinell besser erfüllt werden könnten, als dies auch ein bestens ausgebildeter Mensch derzeit kann.

Insgesamt gibt jedoch die demografische Veränderung unserer Gesellschaft, in der wir uns bereits befinden, wenig Anlass, dass die beschriebene Entwicklung eintreten wird. Im Gegenteil: Der gravierende Anstieg der erwarteten Zahl von Patient/innen durch Alterung und medizinischen Fortschritt einerseits, und der bereits heute spürbare und sich absehbar verstärkende Nachwuchsmangel in allen therapeutischen und pflegerischen Berufen legt eher nahe, dass wir die digitalisierte Unterstützung dringend benötigen werden, um mit der knappen Ressource Mensch in Medizin und Pflege die Versorgung weiterhin sicherstellen zu können. Immer mehr immer ältere Patient/innen bei immer weniger Ärzt/innen, Psychotherapeut/innen und Pflegekräften – diese Gleichung kann nicht aufgehen, wenn wir die absehbare Lücke nicht durch Digitalisierung und Automatisierung schließen.

Digitalisierung und Sucht

Generell ist aus Sicht der TK festzustellen, dass konkrete digitale Angebot zur Diagnostik oder Therapiebegleitung von Suchterkrankungen zwar vereinzelt vorhanden sind, im Vergleich zu anderen (auch psychischen) Krankheitsbildern aber noch keine



Abbildung 4

sehr ausgeprägte Marktdurchdringung erreicht haben. Daher finden sich in diesem Beitrag auch überwiegend allgemeine Aussagen zur Digitalisierung der Versorgung an sich und psychischer Erkrankungen im Besonderen².

Dagegen gibt es eine sehr vitale Diskussion über die Frage, ob nicht digitale Freizeitangebote selbst (v.a. sog. Computerspiele) ein neues Suchtpotenzial darstellen (Abb. 5). Aufgrund der absehbaren Durchdringung unserer Gesellschaft mit digitalen Angeboten, aber auch aus der Sorge um eine neu aufkommende „Online-Sucht“, ergibt sich die Notwendigkeit, die Medienkompetenz in der Bevölkerung insgesamt zu stärken. Erste Angebote dafür gibt es bereits³.

Ausblick: Was brauchen wir?

Digitale Versorgungsangebote müssen künftig auf deutlich verbesserte rechtliche Rahmenbedingungen treffen, um im Versorgungsmarkt zu einer relevanten Ergänzung und angemessenen Entlastung der analogen Versorgung zu werden. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem „Digitalen Versorgungsgesetz“⁴, das sich derzeit im parlamentarischen Verfahren befindet, dafür weitere wichtige Grundlagen gelegt. Es geht um die Vereinfachung der Fernbe-

2 Der Autor nimmt nicht in Anspruch, eine engere Sicht auf die Wirkungen der Digitalisierung auf die Behandlung von Suchterkrankungen im Speziellen zu leisten.
3 Z.B.: <https://webcare.plus/>
4 Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG): <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/digitale-versorgung-gesetz.html>

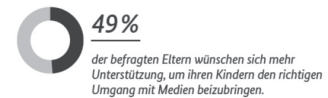
Neue Medien - neue Sucht?

- Drogenaffinitätsstudie der BZgA: bei 5,8% der 12- bis 17-Jährigen ist von einer Computerspiel- oder Internetabhängigkeit auszugehen
- WHO hat Diagnose „Gaming Disorder“ am 18.06.2018 in ICD-11 aufgenommen
- Medienkompetenz und Digitalisierung müssen einhergehen
- erste Projekte auch schon mit Unterstützung von Krankenkassen (u.a. webcare/TK)



Unterstützung gewünscht

Eine aktuelle Erhebung zum Mediengebrauch ergab:



Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage (2.069 Personen deutschlandweit ab 18 Jahren) im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung; Meinungstrend INSA, Dezember 2018

Abbildung 5

handlung, um Abbau von Bürokratie und die Anpassung von Verwaltungsvorschriften an die digitale Welt. Wichtig sind auch angemessene Honorarstrukturen, die eine digitale Leistungserbringung zumindest gleichwertig vergütet zum klassischen Face-to-Face-Kontakt. Das gilt auch für die Patient/innen: Digitale Versorgungsangebote müssen im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten oder durch sie erstattungsfähig sein, wenn sie nachweislich wirken. Deshalb benötigen wir regelhaft wissenschaftliche Begleitung bei der Durchführung von Projekten und – nach entsprechendem Wirkungs- oder Nutzen nachweis – auch einen schnellen Transfer solcher Projekte in die Regelversorgung. Digitale und analoge Angebote müssen nicht gegeneinander gedacht werden, son-

dern als sich ergänzendes Miteinander. Und schließlich müssen wir in bessere Angebotstransparenz bei den Nutzer/innen investieren. Der souveräne Patient soll selbst beurteilen können, ob ein digitales Angebot (z.B. eine App) seriös, wissenschaftlich evaluiert und nützlich ist.

Autor

Andreas Vogt
Techniker Krankenkasse
Leiter der TK-Landesvertretung Baden-Württemberg
Friedrichstr. 23a, 70174 Stuttgart
andreas.vogt@tk.de

Literaturhinweis

Schmucker, M., Köster, R.: „... und wie reagiert das KIND?“ Diagnostik und Heilung durch Innere-Kind-Arbeit in der IRRT (Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy). Stuttgart: Klett Cotta; ISBN: 978-3-608-89256-7; 44,00 Euro.

Die Imagery Rescripting & Reprocessing Therapy (IRRT), ein auf dem kognitiven Modell von Aaron Beck fundierendes traumafocussiertes Verfahren der kognitiven Verhaltenstherapie, wurde von Mervyn Schmucker entwickelt. Ursprünglich wurde IRRT zur Behandlung von Traumafolgestörungen, insbesondere der Posttraumatischen Belastungsstörung entwickelt. Heute liegen die Anwendungsbereiche bei anhaltenden Trauerstörungen, Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen, Suchterkrankungen, Störungen der Emotionsregulation und anderen psychischen Problemen.

IRRT ist eine Behandlungsmethode, die helfen soll, belastende Erinnerungsbilder zu verarbeiten. Dabei wird mit Imaginationen gearbeitet und die belastende Szene wird sich vor dem inneren Auge bildlich vorgestellt und nochmalig durchlebt. Der Patient schildert zunächst die gesamte Szene, dann werden die Episoden mit verändertem Drehbuch nochmal durchgegangen. Wichtiger Teil des Verarbeitungsprozesses sind Audio-Aufnahmen der Therapiesitzungen, die der Patient sich später anhört und darüber in den Verarbeitungsprozess der emotionalen Bewältigung einsteigt. Bezugspunkt ist dabei das Innere Ich, das eine Hilfskonstruktion ist und insbesondere unbewusste Aspekte des Ichs repräsentiert.

Die Autoren skizzieren zunächst die Rolle des Inneren Ichs in der Psychotherapiegeschichte. Dann folgt ein Abriss der ge-

schichtlichen Entwicklung der IRRT, eine Darstellung der Phasen in der IRRT und eine Beschreibung der konkreten Sitzungsdurchführung. Das was das Buch zu etwas Besonderem macht, sind die sich daran anschließenden ausführlichen Beschreibungen von 13 Fallvignetten, die ca. zwei Drittel des Buches ausmachen. Dabei handelt es sich um Transkripte von realen Therapiesitzungen. Der Leser bekommt einen Eindruck davon, wie die Arbeit mit dem Inneren Ich erfolgt und welche Hindernisse im Rahmen der Therapie für Patient und Therapeut auftauchen können. Dabei sind die Transkripte mit zahlreichen Kommentaren zum therapeutischen Prozess unterlegt.

Zielgruppen sind Fachleute aus den helfenden Berufen, wie Psycholog*innen, Ärzt*innen für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Sozialarbeiter*innen, und psychologisch Interessierte.

Analog – digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung aus Sicht der Rentenversicherung

Andreas Konrad

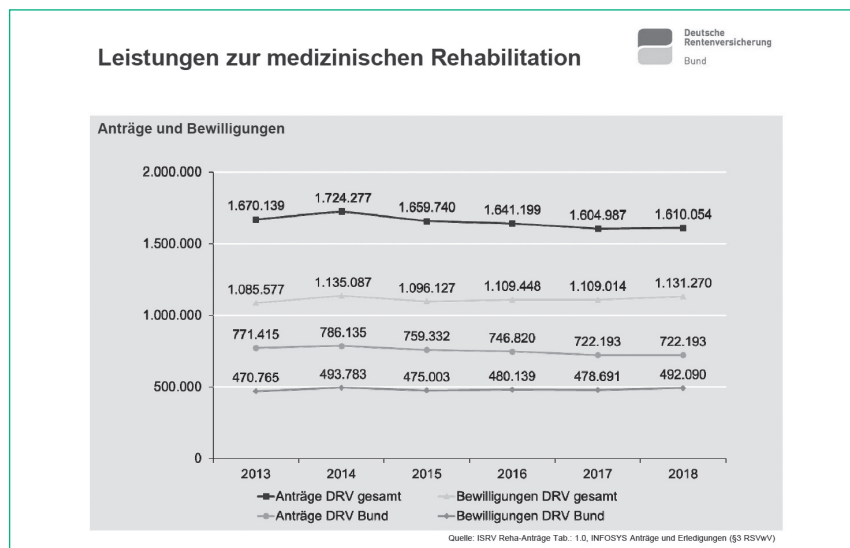
Summary

Andreas Konrad, Abteilungsdirektor Rehabilitation bei der Deutschen Rentenversicherung Bund, geht in seinem Beitrag auf die aktuelle Entwicklung der medizinischen Rehabilitation aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund ein. Die Digitalisierung bietet ein großes Potenzial für Versicherte, Leistungserbringer und Kostenträger. Andreas Konrad stellt die Chancen einer digitalen Nutzung der bei der Rentenversicherung erhobenen Daten dar. In diesem Zusammenhang geht er auf mehrere Modellprojekte der Deutschen Rentenversicherung Bund ein, mit denen ein bedarfsgerechter, früherer Zugang zu Präventions- und Rehabilitationsleistungen der Rentenversicherung ermöglicht wird (Risikoindex Erwerbsminderungsrente, Ü-45-Check und www.reha-jetzt.de). Er bestimmt im Weiteren drei Handlungsfelder für die digitale Weiterentwicklung: Informationen anbieten, Erkenntnisse gewinnen und Leistungen gestalten. Diesen Handlungsfeldern ordnet er bereits vorhandene digitale Angebote der Rentenversicherung zu (DE-RENA-App, www.nachderreha.de, eAntrag). Diese Beispiele sollten dazu ermuntern, weitere Potenziale der Digitalisierung für eine verbesserte Leistungsgestaltung zum Wohle der Versicherten und zusammen mit allen Akteuren im Reha-Sektor zu nutzen.

Vorbemerkung

Die Digitalisierung stellt uns alle vor neue Herausforderungen. Sie birgt Gefahren, bietet aber auch Chancen. Die Deutsche Rentenversicherung Bund arbeitet bereits seit einiger Zeit intensiv daran, diese Chancen bestmöglich zu nutzen. Im Bereich der Rehabilitation geht es darum, wie sich die Digitalisierung auf die Leistungen und das Verhältnis zwischen den Leistungserbringern, den Versicherten und uns als Leistungsträger auswirkt.

Die Prozesse in der Suchtrehabilitation unterscheiden sich nur wenig von denen in der übrigen medizinischen Rehabilitation. So erstrecken sich die Auswirkungen der Digitalisierung zumeist auf alle Bereiche gleichermaßen. Im Hinblick auf die Nutzung telematischer Elemente in der Rehabilitation, veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen oder im digitalen Aus-



Folie 2

tausch mit den Einrichtungen ergeben sich hier keine erheblichen Unterschiede zur übrigen Rehabilitation.

1. Aktuelle Zahlen zur Rehabilitation mit Fokus auf Entwöhnungsbehandlungen

1.1 Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Folie 2)

Die Entwicklung der Anträge auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zeigt nach den rückläufigen Zahlen der Vorjahre erstmals 2018 für die gesamte Deutsche Rentenversicherung wieder einen Anstieg.

Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund wurden 2018 mit 722.193 Anträgen gestellt wie 2017. Rentenversicherungsweit sind dies 2018 mit über 1,6 Millionen Anträgen auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation 0,3 % mehr als im Vorjahr.

Auch bei den Bewilligungen von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist 2018, verglichen mit dem Vorjahr, mit über 1,1 Millionen bewilligten Leistungen in der gesamten Rentenversicherung ein Anstieg von 2,0 % zu verzeichnen. Bei der Deutschen Rentenversicherung Bund betrug dieser Anstieg bei gleichbleibenden An-

tragszahlen sogar 2,8 % gegenüber dem Vorjahr. Hier wurden über 490.000 Leistungen bewilligt.

Dieser Trend setzte sich auch im ersten Quartal 2019 fort.

1.2 Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe (Folie 3)

2018 betragen die Bruttoausgaben der Deutschen Rentenversicherung Bund 2,858 Milliarden Euro für Leistungen zur Teilhabe. Mit 1,935 Milliarden Euro liegt der Hauptanteil bei den Ausgaben für die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Für Entgeltersatzleistungen, inklusive der Sozialversicherungsbeiträge, wurden 610 Millionen Euro aufgewendet. Die Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben beliefen sich auf 303 Millionen Euro.

1.3 Zahlen zur Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Anträge und Bewilligungen (Folien 4 bis 5)

Die Antrags- und Bewilligungszahlen der Rehabilitationsmaßnahmen bei Abhängigkeitserkrankungen folgten ebenfalls dem Aufwärtstrend. Die Steigerung lag hier gegenüber dem Vorjahr bei etwa einem Prozent. In Zahlen sind dies insgesamt 23.757 gestellte Anträge. Aus diesen folgten

15.893 bewilligte Leistungen. Im ersten Quartal 2019 verzeichnen wir noch deutlichere Steigerungen im Vergleich zum Vorjahreszeitraum. Es bleibt abzuwarten, ob sich dieser Trend über das gesamte Jahr fortsetzt.

Bei den stationären Leistungen ist die Anzahl der Bewilligungen auch im Jahr 2018 gestiegen. Mit 13.033 stationären Rehabilitationen bei Abhängigkeitserkrankungen sind dies 1,7 % mehr als im Jahr zuvor.

826 Bewilligungen für ganztägig ambulante Leistungen im vergangenen Jahr stehen 2.034 ambulante Leistungen gegenüber. Bei beiden Durchführungsorten ist ein Rückgang festzustellen, 4,7 % bei ganztägig ambulanten, 0,6 % bei ambulanten Rehabilitationen.

1.4 Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Bewilligungen nach Indikation (Folie 6)

Bei den Bewilligungen nach Indikationen setzt sich der Trend der vergangenen Jahre fort. Die Anzahl bewilligter Rehabilitationsleistungen wegen Alkoholabhängigkeit nahm 2018 erneut ab. Es wurden 10.385 Leistungen bewilligt, das sind 4,8 % weniger als im Vorjahr.

Bei Rehabilitationsleistungen wegen einer Drogenabhängigkeit ist demgegenüber ein Anstieg von 13,8 % im Vergleich zum Vorjahr 2017 zu verzeichnen. 5.235 Leistungen wurden 2018 bewilligt.

Aufgrund von Medikamentenabhängigkeit wurden im vergangenen Jahr 273 Leistungen bewilligt. Gegenüber 2017 ist dies ein Anstieg um 19,2 %.

1.5 Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen: Gesamtausgaben ohne Sozialversicherungsbeiträge (Folie 7)

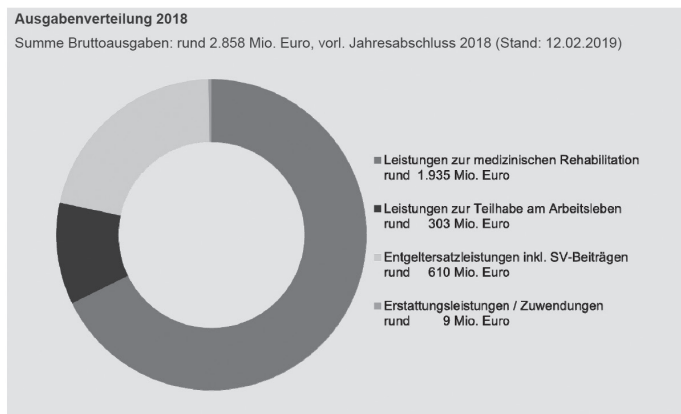
Die Ausgaben in der Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen beliefen sich 2018 auf fast 187 Millionen Euro und sind im Vergleich zum Vorjahr um 5,0 % gestiegen.

2. Neue Zugangswege zur Rehabilitation

2.1 Risikoindex Erwerbsminderungsrente (Folie 8)

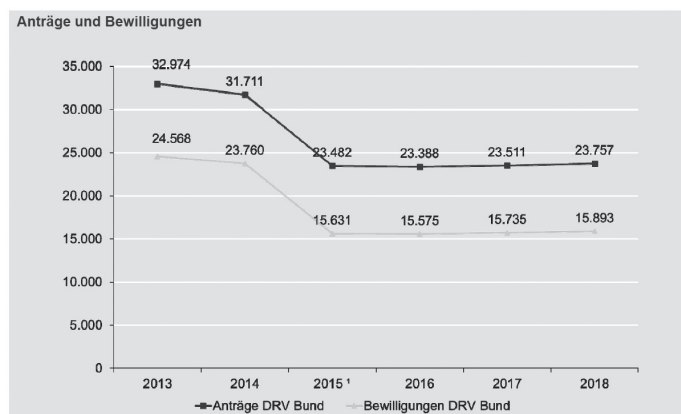
Wichtig ist ein besserer und leichterer Zugang zur Suchtrehabilitation. Ein Ergebnis der intensiven Bemühungen der jüngsten Vergangenheit sind die in Absprache mit den Suchtfachverbänden zwischen der Deutschen Rentenversicherung (DRV), dem GKV Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) abgestimmten gemeinsamen Handlungsempfehlungen für ein Nahtlosverfahren, die – gut zwei Jahre nach dem Inkrafttreten – zu

Ausgaben für Leistungen zur Teilhabe 2018



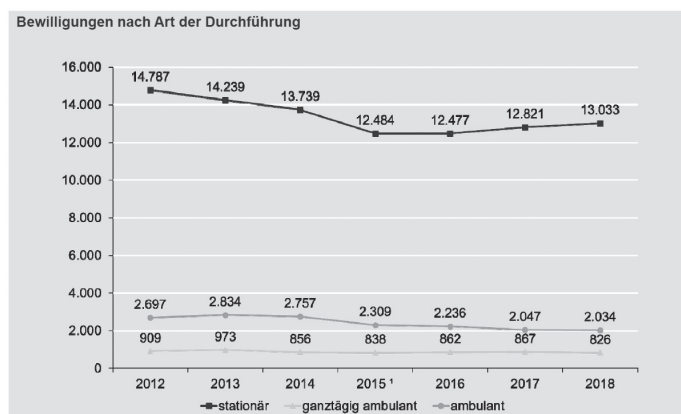
Folie 3

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen



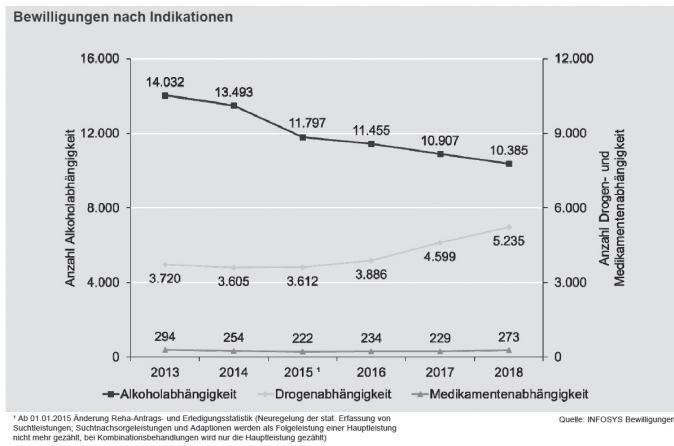
Folie 4

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen



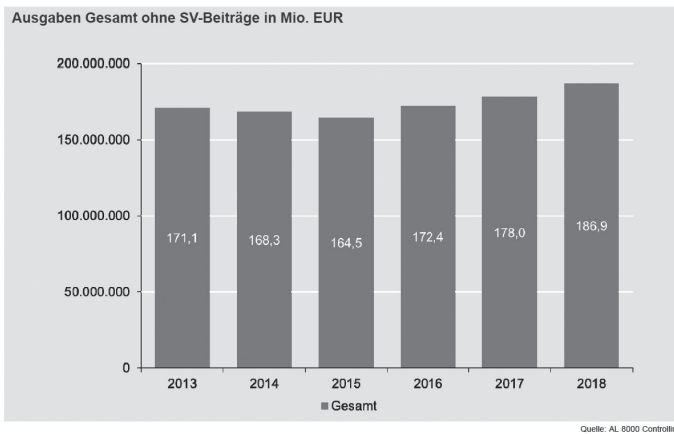
Folie 5

Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen



Folie 6

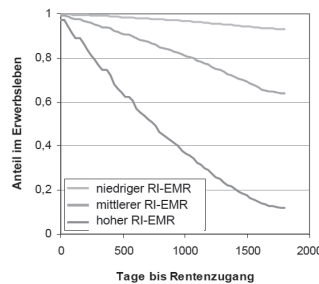
Rehabilitation bei Abhängigkeitserkrankungen



Folie 7

Neue Zugangswege zur Rehabilitation (1)
 Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR)

- Index aus Beiträgen der Versicherten (Höhe und Herkunft) kann spätere Zugänge in Erwerbsminderungsrenten recht gut vorhersagen (Trefferquote: 74%).
- Versicherte mit hohem RI-EMR gehen in fünf Jahren zu 90 % in EM-Rente.
- Der Erkenntnisgewinn aus dem Index ermöglicht eine Ermittlung von präventiven und rehabilitativen Bedarfen.



Folie 8

einer deutlichen Verbesserung beim Zugang zur Suchtrehabilitation beigetragen haben.

Gleichzeitig wissen wir, dass wir nicht alle Versicherten mit unseren Leistungen zur Teilhabe erreichen, die diese Unterstützung benötigen. Hier bietet die Digitalisierung zweifellos ein großes Potenzial. Eine dieser Möglichkeiten erforschen wir gerade mit dem Risikoindex Erwerbsminderungsrente.

Der Risikoindex Erwerbsminderungsrente (RI-EMR) nutzt die der DRV zur Verfügung stehenden Daten aus den Versichertenkonten – in erster Linie Höhe und Herkunft der Beitragszahlungen –, um zu ermitteln, welches Risiko Versicherte haben, in den nächsten fünf Jahren in Erwerbsminderungsrente (EM-Rente) zu gehen.

Die relevanten Informationen werden anhand eines Algorithmus in eine Skala von 0 (kein EM-Risiko) bis 100 Punkte (extrem hohes EM-Risiko) transformiert.

Wie in der Grafik der Folie 8 zu sehen ist, gehen z. B. aus der Gruppe der Versicherten mit mehr als 60 Punkten auf dem RI-EMR 90% in den nächsten fünf Jahren in EM-Rente. Anders ausgedrückt: Es verbleiben lediglich 10% im aktiven Erwerbsleben! Damit ist das EM-Risiko der Versicherten mit mehr als 60 Punkten 30fach höher als das der Gruppe mit weniger als 40 Punkten.

Zur Zeit wird überlegt, wie der Risikoindex in die Praxis überführt werden kann.

2.2 Frühe Bedarfserkennung durch Ü45-Check (Folie 9)

Neben der Nutzung des Risikoindex Erwerbsminderungsrente eröffnet der Ü45-Check eine weitere Option auf die Ermöglichung eines rechtzeitigen Reha-Zugangs.

Eines der wirksamsten Mittel zur erfolgreichen Teilhabe bei Unterstützungsbedarf besteht darin, zum frühestmöglichen Zeitpunkt zu intervenieren, wenn gesundheitliche Beeinträchtigungen noch nicht manifest und chronifiziert sind. Dies folgt dem erweiterten Grundsatz „Prävention vor Reha vor Rente“.

Der Gesetzgeber hat der Rentenversicherung mit dem Flexirentengesetz eine Möglichkeit an die Hand gegeben, diesen Grundsatz umzusetzen. In mehreren Modellprojekten erproben Träger der Renten- und der Unfallversicherung eine freiwillige, individuelle und berufsbezogene Gesundheitsvorsorge für Versicherte ab Vollendung des 45. Lebensjahres. Hierdurch können drohende oder vorliegende berufliche Teilhabestörungen frühzeitig identifiziert und dann – je nach Schwere des Problems – mit Präventions- oder Reha-Leistungen angegangen werden.

Im Großraum Karlsruhe läuft beispielsweise gemeinsam mit der DRV Baden-Württemberg und den Trägern der Unfallversicherung ein Modellprojekt, in dem wir gezielt Pflegekräften, die bekanntlich starken körperlichen und psychischen Belastungen ausgesetzt sind, im Rahmen des Ü45-Checks eine Vorsorgeuntersuchung anbieten. Eine Internet-Testung soll dieses Angebot nach Überführung in die Routine ergänzen und damit noch besser zugänglich machen.

2.3 Website www.reha-jetzt.de (Folie 10)

Einen ähnlichen Ansatz wie der Ü45-Check verfolgt das Internetangebot www.reha-jetzt.de, das sich vorrangig an Versicherte der Deutschen Rentenversicherung Bund richtet.

Prof. Bethge vom Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Universität zu Lübeck hat diesen Internetauftritt im Rahmen eines Forschungsprojektes mit seinem Team konzipiert. Dort können Menschen in einem geführten Bedarfs-Check eine Einschätzung erhalten, wie gut sie ihre Arbeitsanforderungen unter Berücksichtigung ihres Gesundheitszustandes bewältigen können.

Der Bedarfs-Check besteht aus elf geführten Fragen zum objektiven und subjektiven Gesundheitszustand und zu den konkreten Arbeitsanforderungen. Über einen Auswertungsbutton erhalten die Nutzer*innen eine Aussage zu einer vorhandenen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und bekommen Hinweise auf einen möglichen medizinischen Reha-Bedarf.

Die Website hilft durch vielfältige Informationen zur medizinischen Rehabilitation bei der Entscheidung, ob eine Rehabilitation das richtige Mittel zur Bewältigung der gesundheitlichen Einschränkungen ist. Dort finden diejenigen, die eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation beantragen möchten, die vollständig und verständlich aufbereiteten Unterlagen und Vordrucke, die sie für den Rehabilitations-Antrag benötigen.

3. Rehabilitation im digitalen Wandel (Folien 11 und 12)

Rehabilitation in unserem Auftrag zielt auf die Re-Integration ins Erwerbsleben und damit auf die berufliche und gesellschaftliche Teilhabe. Hierbei spielen für den Einzelnen – gerade bei der Suchtbehandlung – Lebensstiländerung und Verstetigung und damit Selbstmanagement eine wesentliche Rolle.

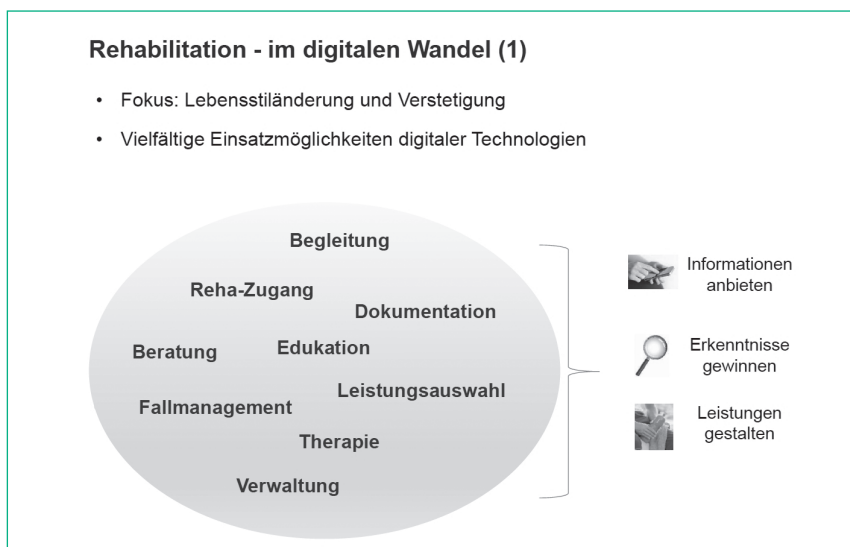
Das eröffnet eine Vielzahl von Möglichkeiten, digitale Technologien in der Rehabilitation einzusetzen, sei es im Rahmen der Beratung, Therapie, Edukation oder der längerfristigen Begleitung, um nur einige Bereiche zu nennen.



Folie 9



Folie 10



Folie 11

Rehabilitation - im digitalen Wandel (2)

- Informationen anbieten, z.B.
 - Reha-App und Online Dienste
 - Themenspezifische Info-Portale
 - Digitale Beratungsangebote
- Erkenntnisse gewinnen, z.B.
 - Erwerbsminderungsrisiko-Index
 - KI-basierte Datenanalyse für proaktiven Zugang und Leistungsauswahl
- Leistungen gestalten, z.B.
 - Assistenzsysteme/Virtual Reality Anwendungen
 - Begleitung durch Apps, Chats
 - Vernetzung im Rahmen von Fallmanagement






Folie 12

DE-RENA: Nachsorge für depressive Patienten mit einer Smartphone-App



- internetbasierte Gesundheitsinterventionen für die Rückkehr in den Alltag und das Berufsleben für Depressionspatienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation
- Nutzung der App in der poststationären Phase über 6 Monate unter telefonischer Begleitung eines Verhaltenstherapeuten der Klinik (Coaching)

Folie 13

Aus meiner Sicht lassen sich die Anwendungsoptionen über drei Handlungsfelder systematisieren:

- Informationen anbieten
- Erkenntnisse gewinnen und
- Leistungen gestalten.

Mit Apps oder individualisierten Info-Portalen wie www.reha-jetzt.de können **Informationen** rund um die Rehabilitation niedrigschwelliger und adressatengenaue verbreitet werden. Beratung kann unabhängig von Ort und Zeit über unterschiedliche Kommunikationskanäle durchgeführt werden.

Solche Angebote werden unter Umständen individuellen Lebensumständen der Versicherten eher gerecht. Hierbei ist es entscheidend, Lösungen zu entwickeln, die die Wünsche und Erwartungen der Versicherten berücksichtigen.

Unser Ziel ist es, die richtige Leistung für unsere Versicherten zur richtigen Zeit zu erbringen. Die Digitalisierung wird in Zukunft

weitere Möglichkeiten bieten, umfassende Datenanalysen mithilfe künstlicher Intelligenz durchzuführen, so dass wir uns weitere **Erkenntnisse** für den Reha-Zugang und auch für die Leistungsauswahl erhoffen.

Bei der **Therapiegestaltung** können Assistenzsysteme und Virtual-Reality-Anwendungen je nach Indikation neue Möglichkeiten eröffnen und dem therapeutischen Personal die Arbeit erleichtern. Es geht dabei keinesfalls darum, Menschen in Therapie oder Pflege durch Maschinen zu ersetzen. Uns geht es um das Wohlergehen unserer Versicherten. Wo persönliche Betreuung und Anleitung möglich und erforderlich sind, soll dies weiterhin das Mittel der Wahl bleiben. Angesichts des fortschreitenden Fachkräftemangels, der auch vor Leistungserbringern und Leistungsträgern nicht Halt macht, wird die sinnvolle Entlastung von Personal in Therapie und Verwaltung aber immer wichtiger. Die frei werdenden personellen Kapazitäten können so bei gleichbleibender Qualität zum Wohle der Rehabilitanden genutzt werden.

3.1 Potenziale der digitalen Technik in der Rehabilitation

Für die Nutzung digitaler Möglichkeiten in der Reha gibt es die unterschiedlichsten Angebote. Ich beschränke mich auf zwei aus Sicht der Deutschen Rentenversicherung Bund höchst vielversprechende Angebote.

3.1.1 DE-RENA-App (Folie 13)

Reha-Nachsorge dient der Verstärkung des Rehabilitationserfolgs und damit der langfristigen Sicherung von Gesundheit und Erwerbsfähigkeit. Gerade hier ist es wichtig, dass eine wohnortunabhängige und flexible Unterstützung erfolgen kann. Das thematische Nachsorgeangebot DE-RENA setzt diese Anforderung in Kombination mit einer Smartphone-App für Depressionspatienten nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation um. In der poststationären Phase nutzen die Teilnehmer über sechs Monate die Nachsorge-App. Der Verhaltenstherapeut der Klinik begleitet sie dabei mittels Telefonkontakt als persönlicher Coach.

Durch die Nutzung des Internets könnte ein nahezu flächendeckender bundesweiter Einsatz ermöglicht werden. Die so gewonnenen Erfahrungen werden wir künftig für die Entwicklung ähnlicher Angebote in anderen Indikationen – etwa im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen – nutzen können.

3.1.2 www.nachderreha.de (Folie 14)

Ein weiteres positives Beispiel für eine Nutzung digitaler Möglichkeiten stellt das Nachsorgeportal www.nachderreha.de dar, das beispielhaft für eine zukunftsweisende Gestaltung von Datenbanken stehen kann.

Nachsorgeangebote sind zahlreich und vielfältig. Die Suche nach bedarfsgerechten, wohnortnahen Angeboten stellt für Rehabilitanden*innen und Reha-Einrichtungen teilweise eine Herausforderung dar. Ein von der Deutschen Rentenversicherung Bund gefördertes und mittlerweile erfolgreich gestelltes, webbasiertes Portal zur Reha-Nachsorge bietet hier konkrete Unterstützung.

Seit dem 12. April 2019 steht die bislang rv-interne Reha-Nachsorgedatenbank über die Webadresse www.nachderreha.de für die Suche von Nachsorgeangeboten zur Verfügung.

Das für den Ausbau der Reha-Nachsorgedatenbank implementierte Selbstmeldeportal zur Registrierung von Nachsorgeanbietern auf der Website www.nachderreha.de hat sich zudem als innovative und effektive Möglichkeit zur standardisierten Erhebung von Nachsorgeangeboten erwiesen. Die Öffnung des Selbstmeldeportals mit E-Log-In-Daten für die Nachsorgeanbieter ist für Oktober 2019 geplant. Bis dahin erfolgt der Eintrag der Daten über den zulassenden Rentenversicherungsträger.

Die von der Deutschen Rentenversicherung zugelassenen Nachsorgeanbieter werden künftig ausschließlich in dieser Reha- Nachsorge-Datenbank gelistet. Sie ersetzt die bisher auf der Internetseite der Deutschen Rentenversicherung Bund zur Verfügung gestellten Übersichten zugelassener Nachsorgeeinrichtungen und -anbieter. Wer in dieser Datenbank aufgeführt ist, ist seit 1. Januar 2019 mit seinem Nachsorgeangebot bei allen Rentenversicherungsträgern zugelassen.

Für die Anbieter bedeutet dies eine erhebliche Verfahrensvereinfachung gegenüber dem bisherigen Verfahren, das die jeweilige Anerkennung durch einzelne Träger erforderte.

3.2 eAntrag – die Antwort auf Papier und Fax (Folie 15)

Die Deutsche Rentenversicherung Bund kommuniziert zurzeit noch überwiegend mit Papier oder per Fax. Technik kann und muss hier helfen, Schnittstellen zu überwinden, um den Teilhabeprozess gezielter und effizienter zu steuern.

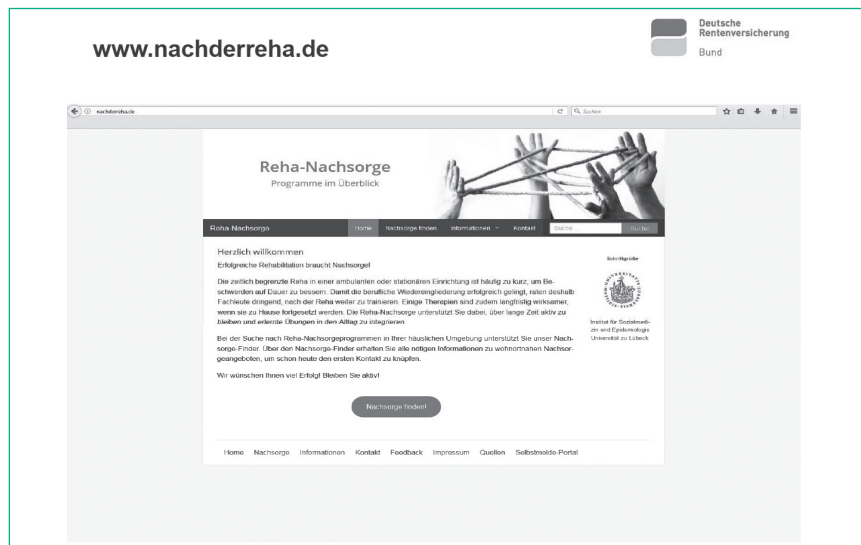
Inzwischen ist es für Versicherte möglich, über den heimischen Computer völlig papierlos einen Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation zu stellen, wenn sie über einen Personalausweis mit freigeschalteter Onlinefunktion oder eine andere akzeptierte Signaturkarte und einen Internetzugang verfügen. Die Wenigsten verfügen heute aber über einen freigeschalteten Personalausweis bzw. eine akzeptierte Signaturkarte oder nutzen sie nicht.

Auch Versicherte ohne Signaturkarte können ihren Antrag elektronisch stellen, müssen jedoch zusätzlich ein ausgedrucktes und unterschriebenes Unterschriftenblatt per Post an den Rentenversicherungsträger schicken, damit der elektronisch übermittelte Antrag auch rechtswirksam gestellt ist. Ungeachtet dessen ist die elektronische Antragstellung eine Option, für deren Nutzung wir ausdrücklich werben. Denn diese ersetzt den ansonsten erforderlichen Transformationsprozess vom Papier in die elektronische Akte.

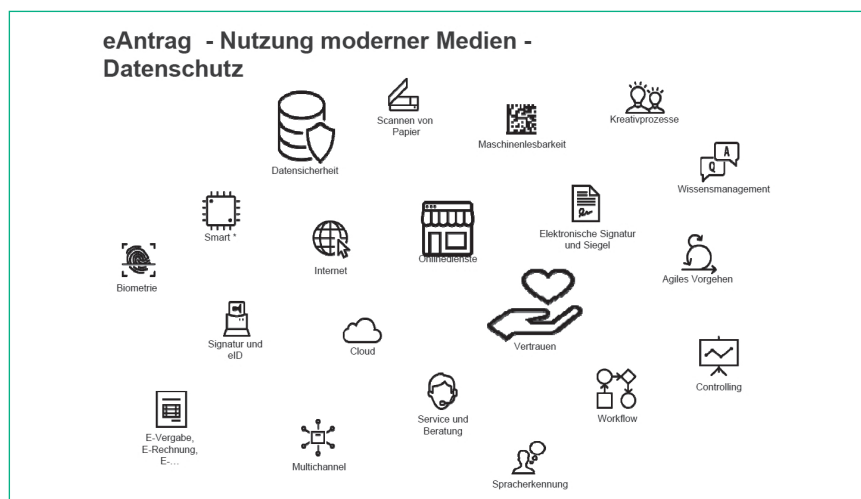
Mit De-Mail gibt es ebenfalls eine technische Möglichkeit völlig elektronisch mit uns als Rentenversicherungsträger zu kommunizieren.

Die verhaltene Nutzung der digitalen Möglichkeiten durch die Bürger*innen ist zum Teil auch auf ein gewisses Misstrauen oder Unbehagen darüber zurückzuführen, wie öffentliche Institutionen mit Informationen umgehen und wie sicher die Daten vor einem unbefugten Zugriff durch Dritte sind.

Für die Deutsche Rentenversicherung Bund besitzt die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften und der sensible Umgang mit Sozial- und Gesundheitsdaten einen immens hohen Stellenwert. Dies ist eine unverzichtbare Voraussetzung für die



Folie 14



Folie 15

Möglichkeit der Nutzung digitaler Prozesse und Kommunikationswege in der Rehabilitation.

Dabei ist die Auswertung und Nutzung gewonnener Daten für viele Menschen inzwischen selbstverständlich geworden. Dies zeigt sich an der Vielzahl von Gesundheitsapps, der Nutzung von Fitnessstrackern und Ähnlichem.

Wichtig erscheint aber, dass wir stets offen kommunizieren und unseren Versicherten mitteilen, was wir aus welchen Gründen erheben, und dass wir dem berechtigten Anspruch der Menschen, die von uns erhobenen Daten vertraulich zu behandeln und unbedingt vor unbefugtem Gebrauch Dritter zu schützen, oberste Priorität einräumen.

Ist dieses Vertrauen hergestellt, dann werden uns die Versicherten bei dem Beschreiten und bei der Nutzung innovativer digitaler Wege unterstützen.

4. Fazit

Im fortschreitenden Digitalisierungsprozess schlummert ein großes Potenzial für die Leistungserbringung. Der feste Vorsatz der Deutschen Rentenversicherung Bund ist es, vorhandene oder sich abzeichnende Potenziale künftig noch besser zu nutzen.

Ich bin überzeugt davon, dass aufbauend auf unserem Erfahrungsschatz, der Unterstützung unserer Forschung und dem Austausch mit Verbänden und Leistungserbringern auch im Bereich der Suchtrehabilitation durch die Nutzung der sich aus der Digitalisierung ergebenden Möglichkeiten weitere Änderungen und damit Verbesserungen möglich werden.

Autor:

Andreas Konrad
Abteilungsleiter der Abteilung
Rehabilitation
Deutsche Rentenversicherung Bund
10704 Berlin

Analog – Digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung aus der Perspektive der Leistungserbringer

Monika Vogelgesang

Zusammenfassung

Von verallgemeinernden Aussagen über E-Mental-Health ist Abstand zu nehmen zugunsten einer differenzierten Beurteilung und sachlichen Abwägung der Vor- und Nachteile bestimmter Anwendungen im Hinblick auf definierte Nutzererfordernisse. Sinnvolle E-Mental-Health Angebote sollten weiterentwickelt werden. Dabei sollten die Erfordernisse der Anwender/PatientInnen Priorität vor sekundären Interessen haben. Verbindliche, transparente Qualitätsanforderungen sind unverzichtbare Voraussetzung von E-Mental-Health, wobei insbesondere auf strengsten Datenschutz geachtet werden muss.

E-Mental-Health Angebote mit hoher Standardisierung sind sinnvoll zur niedrigschwelligen Information, Primärprävention, zum Screening, zur Früherkennung und zum Selbstmanagement.

Videotherapie kann zum Einsatz kommen, falls eine Behandlung mit direktem persönlichen Kontakt nicht möglich ist oder als geschriebene Therapie, wenn die Kommunikation in Echtzeit nicht realisierbar ist.

Die Vorteile von E-Mental-Health kann man sich in einer mit persönlicher Therapie gemischten („blended“) Form nutzbar machen, z. B. als technische Hilfe bei Konfrontationsbehandlungen, als Hausaufgabenhilfe zwischen einzelnen Therapiesitzungen und zur Vor- und Nachbereitung von konventionellen Therapiephasen

Einleitung

Als die Autorin im Jahr 2001 einen Plenumsvortrag auf dem Heidelberger Kongress mit dem Thema „Innovative Behandlungsansätze in der Suchttherapie“ hielt, ging sie auch auf die Möglichkeiten ein, die sich aus damaliger Sicht im Bereich der Suchttherapie aus der Nutzung des Internets ergaben. Dabei wurde Virtual Reality (insbesondere für Konfrontationstherapien) genannt, ebenso wie Videokonferenzen, E-Mails mit Selbstbetroffenen und Experten, Chats mit Selbstbetroffenen und Experten und Informationsvermittlung. 18 Jahre später sind all diese Möglichkeiten erheblich einfacher realisierbar. Hinzu kommen die Anwendungsbereiche des Smartphones, das 2001 noch nicht auf dem Markt war.

Anwendungsmöglichkeiten

Die Vielzahl und Vielfalt der derzeitigen Anwendungsmöglichkeiten kann zu Verwirrung und Ratlosigkeit führen. Um einen besseren Überblick zu erhalten, empfiehlt es sich, die Anwendungsmöglichkeiten nach verschiedenen Kriterien zu kategorisieren. Von grundlegender Bedeutung ist hierbei eine *Unterscheidung nach ihrer Verfügbarkeit*:

Es gibt ein Kontinuum von einerseits allgemein zugänglichen bis andererseits individuell und persönlich verordneten E-Mental-Health-Möglichkeiten. Anonyme Tools stehen namentlich identifizierbaren digitalen Anwendungen gegenüber.

Zwischen vollkommen kostenlosen bis hin zu für jedermann Gebührenpflichtigen E-Mental Health Programmen gibt es Apps, die nur für ausgewählte Personenkreise kostenlos bzw. bezuschusst sind.

Die meisten Tools sind einsprachig, es zeigt sich jedoch eine zunehmende Tendenz hin zu mehrsprachigen Anwendungen.

Viele sind auf dem Smartphone installierbar, für andere braucht man einen größeren Bildschirm oder ein anderes spezifisches Tool. Die Handhabbarkeit geht von sehr einfach bis hin zur Erfordernis einer besonderen Internetaffinität.

Die in der Anwendung zum Einsatz kommenden *Elemente variieren in ihrer Art und Zusammensetzung*. Am häufigsten kommen informative, diagnostische, mit Aufgaben einhergehende und evaluierende Teilbereiche vor.

Bei *störungsbezogenen Anwendungsmöglichkeiten* ist zu unterscheiden, ob es um riskanten Konsum, schädlichen Gebrauch, Substanzabhängigkeit, pathologisches Glücksspielen, sonstige Störungen mit Suchtkomponenten oder Formen der psychischen Komorbidität (z. B. Depressionen oder Angststörung) geht.

Als *Einsatzfelder* kommen hierbei primär Prävention, Diagnostik, Psychoedukation, Beratung, Motivierung zur Verhaltensänderung, Motivierung zur Therapie, Selbsthilfe und Rückfallprophylaxe in Frage.

E-Mental-Health kann als *singuläres* Element oder als Teil einer *Kombination* konzipiert sein.

Sehr unterschiedlich ist hierbei der *Grad der individuellen Betreuung*: Es gibt den Videochat mit der Therapeutin in Echtzeit, die in-

dividuelle Textkommunikation zwischen einem Benutzer und einer Therapeutin/Beraterin. Möglich sind auch individuelle Kommentare zu standardisierten Aufgaben und Fragen, weiterhin automatische Kommentare mit individueller therapeutischer Interventionsmöglichkeit in Risikosituationen (z. B. bei Suizidalität). Schließlich gibt es auch die komplett automatisierte Beantwortung, bei der alle Kommentare vollständig vom Computer erzeugt werden.

Große Unterschiede gibt es im Bereich der *Qualität*. Während manche E-Mental Health Möglichkeiten sich an anerkannten Therapieverfahren orientieren, die eigene Wirksamkeit mit mehreren randomisierten, kontrollierten Studien bewiesen haben, den Datenschutz vollumfänglich beachten und nach Medienverordnung zertifiziert sind, gibt es alle Zwischenbereiche bis hin zu Tools die sich nicht an Therapieverfahren orientieren, die sich schädlich auf die Betroffenen auswirken können, die den Datenschutz missachten und die als Scharlatanerie eingeordnet werden müssen. Da die Anwender kaum Möglichkeiten haben, die Qualität eines E-Mental Health Tools zu beurteilen, wird die Forderung laut, solche Angebote mit einem allgemein anerkannten Gütesiegel zu versehen, das (z. B. ähnlich dem Biosiegel im Bereich der Lebensmittel) dem Anwender eine gute Orientierungsmöglichkeit gibt und ihm die Auswahl erheblich erleichtert.

Chancen und Risiken für AnwenderInnen

Nicht jedes Programm erfüllt die Bedürfnisse und Erfordernisse jedes Nutzers. Deshalb ist es bei der Beurteilung der Chancen und Risiken von grundlegender Bedeutung eine Aussage darüber zu treffen, ob die angestrebten Ziele des Nutzers mit Hilfe des digitalen Tools erreichbar sind.

Generell werden als Chancen von E-Mental Health folgende Bereiche angegeben: Die Ermöglichung der Therapie über räumliche Distanz, eine fast universelle Erreichbarkeit der Anwender, keine Wartezeiten, keine Fehler durch inkompetente Therapeuten, mehr Information, mehr Selbstoffenbarung durch Anonymisierung, Früherkennung von psychischen Störungen, früherer Aufbau von Therapiemotivation und keine Abhängigkeit vom Therapeuten. Im Folgen-

den werden diese Einschätzungen etwas differenzierter betrachtet.

Eine *Therapie über räumliche Distanz* ist in Form einer *Videotherapie* (z. B. über Skype) möglich und insbesondere dort von Vorteil, wo wegen der weiten Entfernung eine konventionelle Face to Face Behandlung nicht möglich ist. Dabei sollte jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass Therapeut und Patient nicht die gleiche räumliche Situation teilen, dass sich Hinweise auf die vorliegende Emotion kaum aus nicht sprachlichen Hinweisen ableiten können, dass immer eine Glaswand zwischen den Akteuren besteht, die ein gewisses Distanzerleben bedingt und dass für diese Art der Therapie Langzeitstudien fehlen. Trotz dieser Nachteile ist die Akzeptanz der Videotherapie bei Therapeutinnen und Patientinnen recht gut.

Falls man die Vorteile einer fast universellen Erreichbarkeit der Anwender, des Nichtvorliegens von Wartezeiten sowie von Fehlern durch inkompetente TherapeutInnen nutzen möchte, so sollte man sich darüber im Klaren sein, dass dies einen kompletten Ersatz des Therapeuten durch ein Computerprogramm mit maximaler Standardisierung erfordert. Diese Standardisierung gibt jedoch keinen Raum für individuelle Planungen, Gestaltungen, Entscheidungen, zwischenmenschliche Nähe und Empathie. Kreativität und individuelle Hilfe bei Gefahr sind nicht möglich. Inhaltlich ist eine *maximale Standardisierung* deshalb *nicht als alleiniges Tool zur individuellen Therapie geeignet, sondern zur niederschweligen Information, Primärprävention, zum Screening, zur Früherkennung sowie zum Aufbau von Motivation zu Selbstmanagement und Therapie.*

Im digitalen Zeitalter sind spezifische *Informationen breit verfügbar* und jederzeit abrufbar, unabhängig von persönlichem Expertenkontakt. Diesem Vorteil steht als möglicher Nachteil gegenüber, dass Information nicht adäquat verstanden wird wegen fehlender Vorbildung und fehlender individueller Anpassung. Dies kann einerseits zur Verwirrung und andererseits zu einem Pseudoexpertentum führen. Als *sinnvoll wird es deshalb erachtet, dass ein Lotse den Informationssuchenden begleitet und Bewertungshilfen gibt.* Nachgewissenermaßen sind die Lerneffekte bei diesem Vorgehen größer.

Verschiedene Vorteile werden der Möglichkeit zugeschrieben, *anonymisiert* E-Mental-Health in Anspruch zu nehmen. Da hierbei keine Schamswelle überwunden werden muss, ist davon auszugehen, dass es in anonymisierter Form zu einer größeren Selbstoffenbarung und zu einer früheren Erkennung von Störungen kommt. Zu wenig bedacht wird dabei jedoch, dass eine Aufrechterhaltung der Anonymität aufsuchende Hilfen unmöglich macht. Weiterhin sollte nicht außer Acht gelassen werden,

dass Endanonymisierungen mit Datenmissbrauch durchaus möglich sind.

Eine durch Anonymisierung erhöhte Selbstoffenbarung und Früherkennung von Störungen *kann die Motivation zur Inanspruchnahme von standardisierten anonymen Hilfsprogrammen* (z. B. zur Trinkmengenreduktion bei riskantem Gebrauch) *erhöhen.* Eine Erhöhung der Motivation zur Inanspruchnahme von adäquaten individualisierten Therapiemaßnahmen (z. B. Entwöhnungsbehandlung bei manifester Abhängigkeit) kann hieraus jedoch nicht abgeleitet werden, da diese zwangsläufig eine Entanonymisierung erfordern würde. Deshalb sollten standardisierte anonyme Hilfsprogramme so konzipiert sein, dass sie in bestimmten Fällen dazu motivieren individuelle Therapieangebote in einem nächsten Schritt in Anspruch zu nehmen.

Schließlich sollte bei der Beurteilung von E-Mental-Health beachtet werden, dass ein automatisiertes Programm zwar nicht die *Gefahr* der Abhängigkeit von der Person eines Therapeuten birgt, allerdings eine *Abhängigkeit von elektronischen Hilfs- und Beratungsprogrammen*, die unter Umständen den gesamten Alltag überall begleiten, durchaus gegeben ist.

Chancen und Risiken für TherapeutInnen

E-Mental-Health bietet für TherapeutInnen die Chance, besser *vorinformierte Patientinnen* zu erhalten, falls diese sich mit Hilfe eines geeigneten Tools im Vorfeld vor einer Entwöhnungsbehandlung informiert haben. Während der Therapie können digitale Medien eingesetzt werden, z. B. als Hilfen bei einem *Konfrontationstraining.* Zwischen einzelnen Therapiesitzungen können nach entsprechender Anleitung digitale *Hilfen zur Bearbeitung verschiedener Aufgaben* und zum verbesserten *Selbstmanagement* eingesetzt werden. Nach der Therapie können *Nachsorgeapps* mit dem Ziel der Aufrechterhaltung oder sogar Verbesserung des Behandlungserfolges zur Anwendung kommen.

Den dargestellten Vorteilen stehen jedoch auch Risiken für TherapeutInnen gegenüber: So gibt es Pläne die Gelder für E-Mental-Health aus dem Budget für die Therapie mit direktem persönlichen Kontakt abzuziehen. Weiterhin besteht die Gefahr, dass TherapeutInnen ihre Eigenständigkeit verlieren und nur noch zu Programmüberwachern werden, die nur noch für Notfälle zuständig sind.

Allgemeingesellschaftliche Chancen und Risiken

Es besteht die Hoffnung, durch die breite Anwendung adäquater informativer Tools eine verbesserte *Aufklärung* der Bevölke-

rung zu erreichen und damit auch zu einer Reduktion von Stigmatisierung bei Suchtkranken zu kommen.

Viel zu wenige Abhängigkeitserkrankte finden den Hinweis zur Beratung und Therapie. Vor diesem Hintergrund sollte E-Mental-Health dazu genutzt werden einen *früheren Zugang* zu diesen Bereichen zu ermöglichen. Die Sicherung des Therapieerfolges durch nach der Behandlung eingesetzte *rückfallprophylaktische Apps* könnte auch mit dazu beitragen, den Ruf der Suchttherapie als erfolgreiche Behandlungsoption zu verbessern.

Schließlich bieten die zahlreichen *Hilfen zum Selbstmanagement* die Chance das allgemeine Gesundheitsverhalten, insbesondere im Hinblick auf adäquate Bewegung, Erholung und Ernährung sowie einen ausgewogenen Lebensstil zu verbessern.

Allgemein gesellschaftliche Risiken bestehen in einer *primär ökonomischen Sichtweise* des Einsatzes von E-Mental-Health, bei der die Maschine den Mensch ersetzen soll.

Es besteht die Gefahr eines *Kurzschlussaktivismus* anstelle umsichtiger Planung.

Der *Datenmissbrauch* sowohl individuell als auch in Form von Big Data ist weiterhin ein großes Problem und schließlich muss mit bedacht werden, dass durch die Anwendung auf die Psyche fokussierender elektronischer Programme *psychische Manipulationen* in bislang ungeahntem Ausmaß möglich sind.

Ausblick

E-Mental-Health sollte dort eingesetzt, evaluiert (auch in Langzeitstudien) und weiterentwickelt werden, wo die Anwendung für die NutzerInnen sinnvoll ist.

Individuelle Direktkontakt-Psychotherapie sollte weiterhin als Therapie der ersten Wahl von Kassen bezahlt und nach Erfordernis weiterentwickelt und evaluiert werden.

Wo es sinnvoll ist, können konventionelle Anteile mit E-Mental-Health kombiniert werden.

Entwicklung und Anwendung sowohl der elektronischen als auch der Direktkontakt Psychotherapie/Suchttherapie sollte in der Hand von professionellen Psychotherapeutinnen bzw. SuchttherapeutInnen bleiben.

Literatur

bei Verfasserin erhältlich

Autorin:

Dr. Monika Vogelgesang
 Chefarztin
 MEDIAN Klinik Münchweis
 Turmstraße 50-58, 66540 Neunkirchen
 monika.vogelgesang@median-kliniken.de

DE-RENA – App-gestützte Rehabilitationsnachsorge für depressive Patientinnen und Patienten¹

Stefan Schmädke

Tele-Nachsorge gewinnt neben der bewährten Gruppennachsorge in der Rehabilitation zunehmend an Bedeutung. Bislang liegen jedoch nur wenige Erfahrungen mit Internet- und Smartphone-unterstützten Nachsorgeleistungen in der Routine vor (Lin et al., 2013).

DE-RENA ist die Weiterentwicklung der Projekte *eCoaching* und *eATROS*, in denen eine hohe Akzeptanz sowie die Wirksamkeit für die Smartphone-Nachsorge in randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen werden konnte (Bischoff et al., 2010, 2013, 2014; Schmädke et al., 2015).

DE-RENA ist ein Smartphone-App unterstütztes Nachsorgeprogramm für Patienten mit depressiven Störungen, in seiner Anwendung aber durchaus anwendbar bzw. erweiterbar auf andere Störungsbilder in der Rehabilitation.

Ziel des Nachsorgeangebots DE-RENA ist es, den Transfer der in der Rehabilitation erlernten Verhaltensstrategien in den Alltag zu unterstützen, Rückfällen vorzubeugen und die Nachhaltigkeit der Therapieerfolge zu steigern.

Zentrales Element der DE-RENA Nachsorge ist die Tagesplanung und -bewertung über die App unter Berücksichtigung der vom Patienten angestrebten Balance seiner Lebensbereiche. Die Patienten werden in den 6 Monaten der App-Nachsorge telefonisch von einem Therapeuten der Klinik begleitet.

Die technische Weiterentwicklung der Vorgängerprojekte hin zu einer Nachsorge-App, die sich Patienten auf ihr eigenes Smartphone laden können, ermöglicht einen kosteneffizienten Einsatz in der Regelversorgung.

Gefördert durch die Deutschen Rentenversicherung Bund haben wir DE-RENA als Umsetzungsprojekt in der MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim sowie dem DRV Reha-Zentrum Bad Salzuflen hinsichtlich Akzeptanz, Umsetzbarkeit und Wirksamkeit untersucht.

Bevor ich auf die Ergebnisse aus diesem Modellprojekt eingehen werde, möchte ich

Ihnen zunächst einen kurzen Überblick geben, worüber ich im folgenden Beitrag sprechen möchte.

Zum Einstieg möchte ich Ihnen die Hintergründe für den Einsatz einer Smartphone-App in der Rehabilitationsnachsorge darstellen.

Ich werde Ihnen die DE-RENA Intervention vorstellen, dabei auf die Funktionsweise der App eingehen und darauf, wie die App in das Nachsorgeprogramm eingebunden ist.

Im Anschluss werde ich Ihnen die Ergebnisse aus dem im April diesen Jahres abgeschlossenen Umsetzungsprojekt präsentieren und Ihnen berichten, wo wir im gemeinsamen Prozess mit der Deutschen Rentenversicherung, DE-RENA als Regelangebot in der Reha-Nachsorge zu implementieren, aktuell stehen.

Am Ende meines Beitrags möchte ich den Blick auf die Suchtbehandlung richten. Ließe sich DE-RENA in diesem Bereich einsetzen? Welche Anpassungen wären notwendig?

Hintergründe

Ein zentrales Problem der Behandlung psychosomatischer Störungen ist die Nachhaltig

keit von Therapieerfolgen. Wir erreichen in der psychosomatischen Rehabilitation gute Ergebnisse. Diese im Alltag aufrecht zu erhalten, fällt den Patienten jedoch oft schwer. Innerhalb des ersten Jahres nach der Reha kommt es in der Regel zu einem erneuten Symptomanstieg. Exemplarisch habe ich Ihnen hier die psychischen und somatoformen Beschwerden des HEALTH-49 dargestellt, die den Beschwerdedruck der Patienten erfassen.

Die am Rehabilitationsprozess Beteiligten kennen seit Langem dieses Schnittstellenproblem beim Übergang von der Klinik in den Alltag zu Hause. Die Kollegen aus der Suchtbehandlung allemal.

Was in der Klinik funktioniert, ist unter Alltagsbedingungen noch lange nicht abrufbar. Die neu erlernten Verhaltensstrategien sind unmittelbar nach dem Klinikaufenthalt noch nicht automatisiert, gerade unter Stress neigen wir dazu in alte, automatisierte Verhaltensmuster zu verfallen. Die unmittelbare ambulante psychotherapeutische Nachbetreuung, die helfen würde die Therapieerfolge zu festigen und zu verstetigen, ist oft nicht gegeben.

Was tun wir, um Patienten beim Schritt in den in den Alltag zu unterstützen?

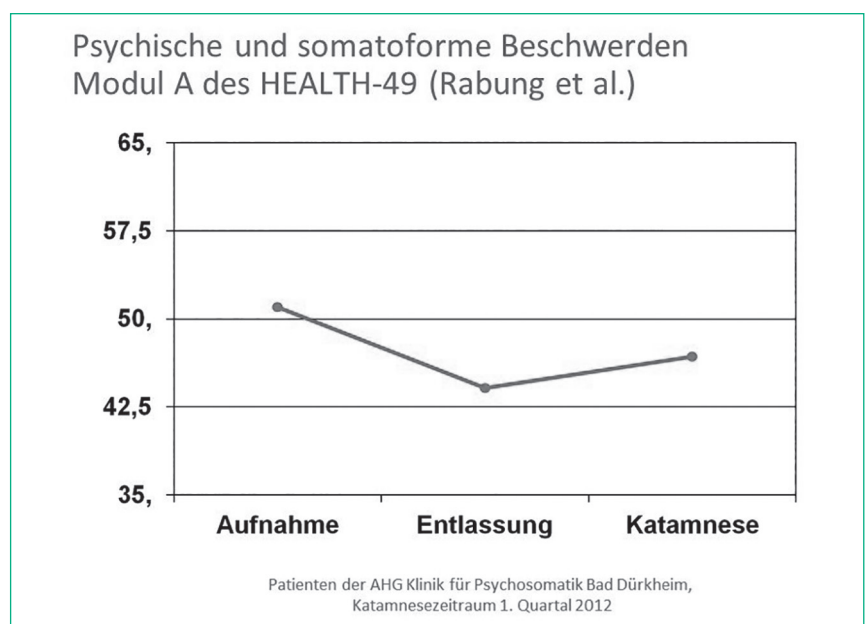


Abbildung 1

¹ Es handelt sich um einen verschriftlichten Vortrag, den der Autor auf dem Heidelberger Kongress „analog-digital. Herausforderungen für die Suchtbehandlung“ 26.–28.2019 gehalten hat.

Ambulante Reha-Nachsorge, in der Gruppe oder dem Einzel-Setting, hat sich hier gut etabliert. Die Zahlen der DRV Bund (DRV Bund, Rehabilitandenstruktur 2016) zeigen jedoch, dass nur ein geringer Anteil von 15% der Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation Nachsorge verordnet bekommt. Gerade einmal 3% nehmen Nachsorge tatsächlich in Anspruch. Wir erreichen mit den klassischen Angeboten also bei weitem nicht alle Patienten, für die Nachsorge wichtig wäre.

Worin liegen die Gründe für die geringe Inanspruchnahme?

Klassische Nachsorge ist für Patienten mit einem hohen Aufwand verbunden. Sie ist zeit- und ortsgebunden. Der wöchentliche Gruppentermin lässt sich nicht immer mit dem beruflichen Alltag verbinden. Zudem fehlt in der klassischen Nachsorge die Beziehungskontinuität. Meist finden die Gruppen nicht in der Klinik statt, in der der Patient zur Reha war, sondern wohnortsnah, so sich denn dort überhaupt ein Nachsorgeanbieter findet.

Neue Medien können hier eine Ergänzung schaffen. Also Nachsorgekonzepte, die es uns erlauben, Patienten mittels Telefon- oder E-Mail Kontakt, als Internet-Anwendung oder Smartphone-App nach Entlassung aus der Klinik weiter zu unterstützen. Und dies orts- und zeitunabhängig für den Patienten. Tele-Nachsorge bietet den Patienten und auch den Behandlern ein höheres Maß an Flexibilität und Individualisierbarkeit. Tele-Nachsorge kann helfen, hier eine Lücke zu schließen, als ergänzendes Angebot zu der bewährten Gruppennachsorge.

In der bisherigen Forschung gibt es Evidenz für die Wirksamkeit App-gestützter Nachsorgekonzepte. Allerdings nur in experimentellen Studien. So konnten wir in Bad Dürkheim in unserem Vorgängerprojekt (eATROS) in einer RCT Studie die Akzeptanz und Wirksamkeit für eine Smartphone unterstützte Nachsorge belegen. Auch im Suchtbereich gibt es bereits erfolgreiche Modellprojekte. Ob solche Konzepte in der Regelversorgung ebenfalls umsetzbar wären, ist bislang noch nicht ausreichend untersucht worden. Dieser Frage sind wir in unserem DE-RENA Umsetzungsprojekt nun nachgegangen.

Das DE-RENA Nachsorgekonzept

Lassen Sie uns das DE-RENA Nachsorgeprogramm inhaltlich betrachten. DE-RENA ist eng verzahnt mit der stationären Behandlung. Das Nachsorgeangebot umfasst die therapeutische und technische Vorbereitung am Ende des Klinikaufenthalts, sowie die Nutzung der Nachsorge-App in der poststationären Phase, beglei-

DE-RENA

Rehabilitationsnachsorge für depressive Patientinnen und Patienten mit einer Smartphone-App

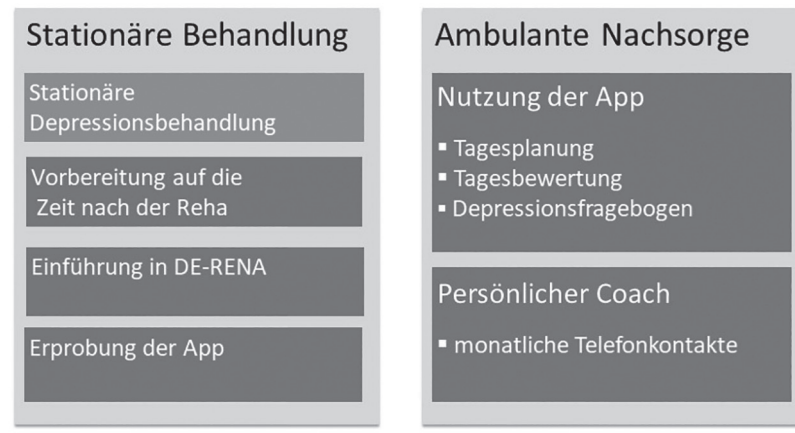


Abbildung 2

tet von telefonischen Kontakten mit einem Therapeuten der Klinik als persönlichem Coach.

DE-RENA baut auf dem gesundheitspsychologischen HAPA-Modell nach Schwarzer auf und soll die Handlungs- und Bewältigungsplanung, die Handlungskontrolle und die Selbstwirksamkeitserwartung von Patienten verbessern.

Mit DE-RENA ergänzen wir die bestehende stationäre Depressionsbehandlung um eine therapeutische Veranstaltung, die wir „Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha“ genannt haben. Dort wird mit den Patienten besprochen und individuell ausgearbeitet, was für die Aufrechterhaltung der erreichten Therapieerfolge wichtig ist. Die Patienten werden in der Patientenschulung darin unterstützt, eine Balance ihrer individuellen Lebensbereiche zu finden. Wie viel Raum soll Arbeit, Familie oder auch Sport zukünftig einnehmen? Sie werden zu einer realistischen, ausgewogenen und konkreten Tagesplanung angeleitet. Gemeinsam werden individuell passende Verhaltensvorsätze für die Zeit nach der Reha formuliert. Auch mögliche Hindernisse, die bei der Umsetzung auftreten könnten, werden identifiziert und Strategien entwickelt, um diese „Stolpersteine“ zu überwinden. Die Patienten werden in der Schulung dafür sensibilisiert, ihr Befinden und die Umsetzung ihrer gefassten Pläne und Vorsätze im Alltag immer wieder zu überprüfen, um sich „auf Kurs“ zu halten. All diese Aspekte werden später in der Arbeit mit der App aufgegriffen.

Die Patienten bekommen in der Klinik beide Nachsorgeangebote (Gruppennachsorge und DE-RENA) vorgestellt. Sie werden mit der Funktionsweise der App vertraut

gemacht und erhalten Gelegenheit, die App bereits in der Klinik für mehrere Tage zu erproben.

Im Sinne der informierten und partizipativen Entscheidungsfindung entscheiden die Patienten danach, ob und welches der vorgestellten Nachsorgeangebote sie in Anspruch nehmen möchten.

Die DE-RENA App

Wie funktioniert nun die DE-RENA App? Zunächst legen die Patienten – und zwar bereits in der Klinik, angeleitet durch ihren Nachsorge-Therapeuten – in der App ihre Lebensbereiche fest, die sie nach der Entlassung in ihrem Alltag berücksichtigen und in Balance halten wollen.

Diesen Lebensbereichen können sie konkrete Aktivitäten zuordnen, die sie im Alltag umsetzen möchten, beispielsweise ein Kinobesuch im Lebensbereich Freunde oder das gemeinsame Frühstück im Lebensbereich Familie.

Auch Vorsätze, die sie im einzelnen Lebensbereich verfolgen möchten, können in der App hinterlegt werden. Ein Vorsatz für den Lebensbereich Familie könnte zum Beispiel sein, den Kindern zugewandt und mit voller Aufmerksamkeit zu begegnen.

Die Patienten können auch Stolpersteine antizipieren, die der Umsetzung im Wege stehen könnten und Lösungsstrategien zur Überwindung dieser Hindernisse in der App hinterlegen.

Ein möglicher Stolperstein für den oben genannten Vorsatz könnten geschäftliche Telefonate sein, die schnell noch zwischenrein von zuhause geführt werden. Eine denkbare Lösungsstrategie wäre, das Dienst-

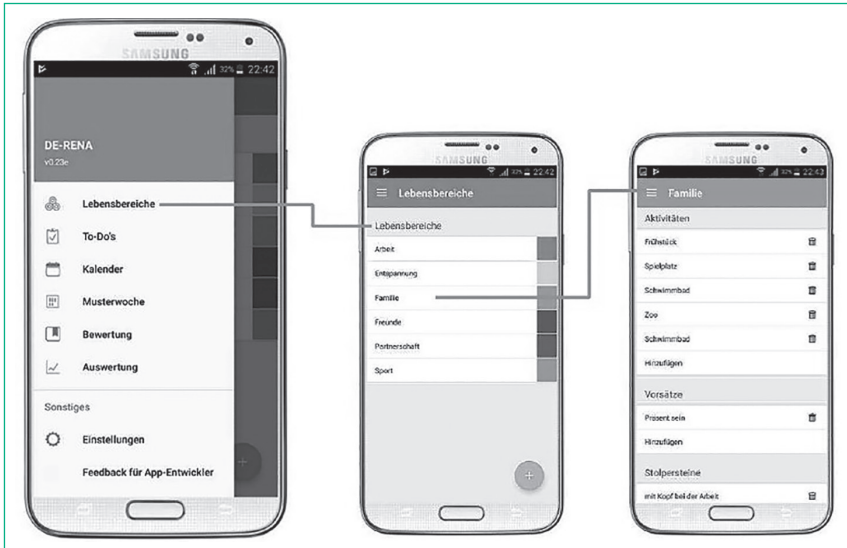


Abbildung 3

handy erst gar nicht mit auf den Familien-spaziergang oder Spielplatz zu nehmen.

Im zweiten Schritt planen die Patienten mit der Kalenderfunktion der App eine Musterwoche. Sie legen dabei fest, wie sie ihre Lebensbereiche im Alltag nach der Klinik verteilen möchten. Dieser Schritt erfolgt ebenfalls noch in der Klinik und fördert die Eigeninitiative und Selbstverantwortung, bzw. die Selbststeuerungskompetenz der Patienten. Die Patienten bekommen dabei auch eine graphische Darstellung der Balance ihrer Lebensbereiche in der Musterwoche. Diese Verteilung zeigt ihnen, welche Lebensbereiche in der Planung großen Stellenwert einnehmen und welche eventuell zu kurz kommen. Dieses Feedback können die Patienten nutzen, um Anpassungen in ihrer Planung und Verteilung vorzunehmen.

Die tägliche Planung mit der Kalenderfunktion der App funktioniert dann genau wie beim Anlegen der Musterwoche, indem die Patienten Zeitfenster für die einzelnen Lebensbereiche festlegen. Die Patienten planen in der DE-RENA App also ein wenig anders als in normalen Kalender-Apps, in der ich immer nur einzelne Termine verplanen kann. Die Patienten können bei der Tagesplanung ihre Planung aus der Musterwoche übernehmen, diese auch anpassen oder den Tag ganz frei planen. Sie können den einzelnen Zeitfenstern, die sie in den Tag eingeplant haben, konkrete Aktivitäten zuweisen, die sie umsetzen wollen. Auch Vorsätze und Stolpersteine, die Sie dabei im Auge behalten wollen, können sie zuordnen.

Rückblickend können die Patienten ihren Tagesplan im Detail bewerten: Ihr Befinden

in den einzelnen Zeitfenstern, die Umsetzung ihrer Vorsätze und ob Stolpersteine aufgetreten sind und wie gut es ihnen gelungen ist, sie mit ihren Strategien zu bewältigen.

Sie erhalten dabei eine unmittelbare und fortlaufende Rückmeldung zur Balance ihrer Lebensbereiche und zu ihren Bewertungen.

Alle 14 Tage füllen die Patienten über die App einen Depressionsfragebogen aus. Der Verlauf der bisherigen Werte, wird den Patienten rückgemeldet.

Die Patienten können sich in der App auch weitere Verläufe dargestellt: Wie hat sich das Tagesbefinden entwickelt? Wie hat sich das Befinden in einzelnen Lebensbereichen gemacht? Wie komme ich mit der Umsetzung meiner Vorsätze voran?

Die Patienten bekommen also fortlaufende Rückmeldungen darüber, wo sie gerade stehen, sie werden für Fortschritte verstärkt und auf Schwierigkeiten hingewiesen. Sie behalten sich selbst und ihr Verhalten im Blick.

Das Cockpit für den Coach

Aber auch der Coach in der Klinik behält seine Patienten im Blick. Er bekommt die Werte und Verläufe seiner Patienten in seinem Cockpit über den Browser an seinem PC angezeigt.

Er sieht dort alle seine Patienten im Überblick. Farbliche Hinterlegung weisen ihn unmittelbar auf auffällige Werte hin, beispielsweise erhöhte Depressionswerte im letzten Fragebogen, oder auch darauf, dass ein Patient längere Zeit keine Tagesplanung oder -bewertung vorgenommen hat. Der Coach kann so gezielt nähere Informationen zu seinen Patienten im Cockpit aufrufen. Er sieht den Verlauf der Depressivität seines Patienten, bekommt die Balance der Lebensbereiche angezeigt und kann die Verläufe der Bewertungen des Nachsorgepatienten einsehen.

Das telefonische Coaching

In der Nachsorgephase sind mehrere telefonische Kontakte mit dem Coach vorgesehen, in der Regel monatlich. Zudem kann der Patient bei Bedarf Kontakt mit dem Coach aufnehmen und einen zusätzlichen Telefontermin vereinbaren.

Umgekehrt kann der Coach, bei auffälligen Verläufen, den Patienten kontaktieren und seine Unterstützung anbieten; und das mit dem Blick auf die Eingaben der Patienten und die Verläufe, die ein gezieltes Coaching ermöglichen.

Im Cockpit hat der Coach auch die Möglichkeit, diese telefonischen Kontakte zu dokumentieren, Notizen zu hinterlegen, um so den Faden im nächsten Gespräch wieder aufzunehmen.

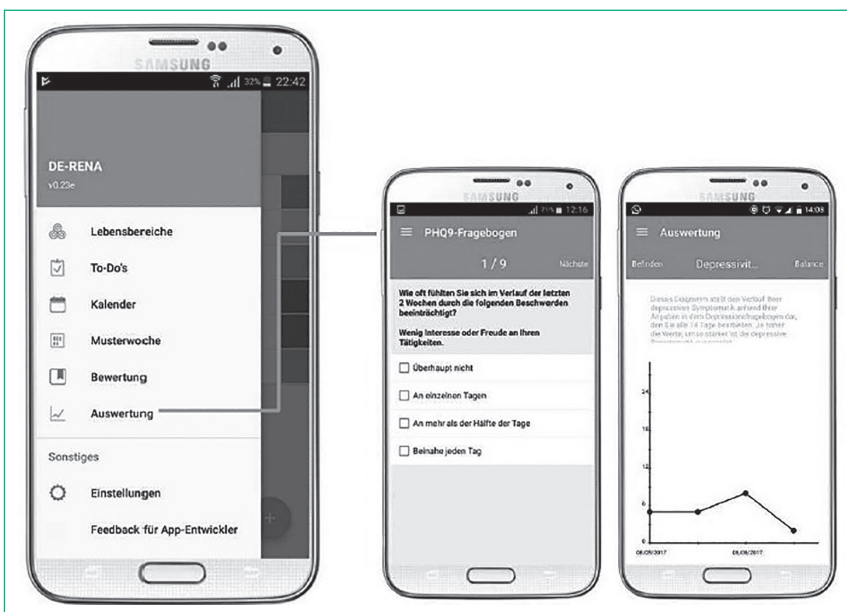


Abbildung 4



Abbildung 5

Das Umsetzungsprojekt

Wir haben DE-RENA, gefördert von der DRV Bund, in den vergangenen 2 ½ Jahren mit einem Ein-Gruppen-Prä-Post-Design im Hinblick auf Akzeptanz, Wirksamkeit und Umsetzbarkeit in die Klinikabläufe untersucht. In zwei Reha-Kliniken, der MEDIAN Klinik für Psychosomatik Bad Dürkheim und dem Reha Zentrum Bad Salzfluren der DRV Bund.

Welche Erfahrungen haben wir im gerade abgeschlossenen Projekt gesammelt?

Schauen wir uns unserer Teilnehmer an: Von den 133 Patienten, die sich für die Teilnahme an DE-RENA entschieden haben (das sind gut 12 % der Rehabilitanden, die wir mit der Schulung zur Vorbereitung auf die Zeit nach der Reha als Zielgruppe für Nachsorge angesprochen haben) lagen uns am Ende von 122 Teilnehmern Daten zu beiden Messzeitpunkten vor.

Mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahren und einem Frauenanteil von 63% entspricht unsere Stichprobe recht gut der Gesamtheit der Patienten in der Rehabilitation. Auch im Hinblick auf die Bildung sind die DE-RENA Teilnehmer durchaus vergleichbar mit der Gesamtheit den übrigen Rehabilitandinnen und Rehabilitanden, 47% haben Abitur, 28% mittlere Reife und 7% einen Hauptschulabschluss. Wir erreichen mit DE-RENA also nicht ausschließlich die jungen, technikaffinen Männer der digitalen Generation.

Akzeptanz

Die Ergebnisse zur Akzeptanz der Maßnahme zeigen, dass die DE-RENA-Teilnehmer am Ende der Nachsorgephase angegeben, insgesamt gut von DE-RENA profitiert

zu haben. Das telefonische Coaching halten die Patienten für besonders nützlich. Benutzerfreundlichkeit, persönliche Bedeutsamkeit und die Wahrscheinlichkeit für die Nutzung im Alltag wurde zu beiden Messzeitpunkten als hoch eingestuft (Noten zwischen 2 und 2-).

Wirksamkeit

Wie sieht es mit der Wirksamkeit der Nachsorge aus? Unser Ziel war es, die in der stationären bzw. ganztätig ambulanten Rehabilitation erreichten Therapieerfolge zu stabilisieren.

Der steile Teil der Diagrammlinie zeigt die Symptomverbesserung der Depressivität

während der Reha, erhoben mit dem PHQ-9. Bei Betrachtung der Nachsorgephase zeigt sich, dass die Patienten ihre in der stationären Rehabilitation erreichten Therapieerfolge auch im Alltag aufrechterhalten können und eine erneute Verschlechterung der depressiven Symptomatik verhindert wird. Zusätzlich zeigt sich eine leichte weitere Verbesserung der depressiven Symptomatik am Ende der Nachsorgephase, die auch im T-Test für gepaarte Stichproben signifikant ist bei einer kleinen Effektstärke.

Ein weiterer Aspekt, den wir uns angesehen haben, ist die Fähigkeit zur Selbstregulation, gemessen mit dem SSI-K3 von Julius Kuhl.

Hier finden wir eine höchstsignifikante Verbesserung von Beginn der DE-RENA Nachsorge zu deren Abschluss nach 6 Monaten bei allen fünf erhobenen Subskalen. Dabei finden wir mittlere Effektstärken. Die Patienten verbessern ihre Fähigkeiten, Absichten umzusetzen, sich zu konzentrieren, Misserfolge zu bewältigen, sich selbst zu beruhigen und sich selbst zu motivieren. Also genau das, was wir mit unserem Selbstmanagementansatz erreichen möchten.

Umsetzung in die Regelversorgung

In den Modellprojekt ging es auch um die Frage der Umsetzbarkeit in der Regelversorgung. Die Implementierung in beiden Kliniken hat gut funktioniert. Aber welcher Aufwand ist in der Regelversorgung zu erwarten? Wir haben sämtliche Arbeitsschritte und den damit verbundenen Zeitaufwand für den Coach in der Klinik detailliert erfasst und ausgewertet. Der zeitliche Aufwand für den Coach, wie das tägliche

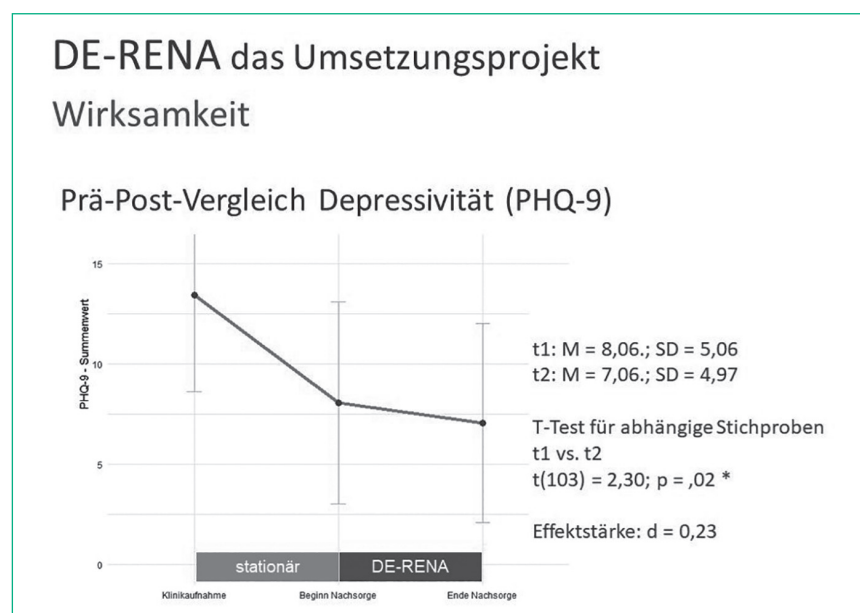


Abbildung 6

DE-RENA das Umsetzungsprojekt

Wirksamkeit

Prä-Post-Vergleich Selbstregulation (SSI-K3)

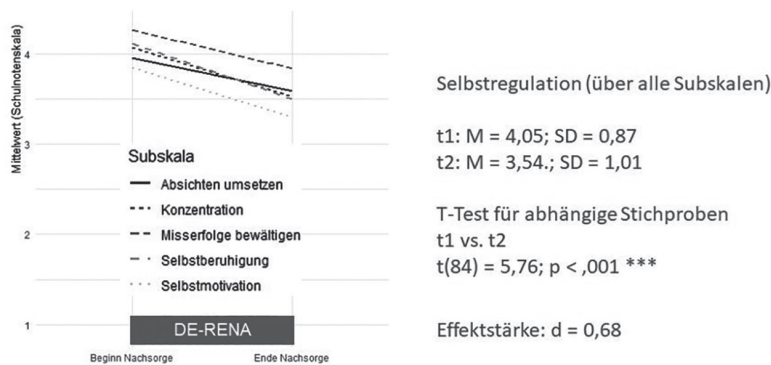


Abbildung 7

Prüfen der eingehenden Daten und Verläufe seiner Patienten im Cockpit und die telefonischen Kontakte, ist vergleichbar mit dem Zeitaufwand, den wir in der klassischen Gruppennachsorge, heruntergebrochen auf den einzelnen Patienten, haben. App Nachsorge ist also kein Sparmodell, es erfordert Zeit und sollte in der Vergütung, so wie es im Rahmenkonzept zur Nachsorge von der DRV auch vorgeschlagen wird, in Anlehnung an die bewährten Gruppenkonzepte vergütet werden.

Wo stehen wir damit in der Umsetzung als Nachsorgeangebot für die Regelversorgung der DRV Bund? Die Deutsche Rentenversicherung sieht in ihrem Rahmenkonzept zur Nachsorge TELE-Nachsorge als eine neue Form der Rehabilitationsnachsorge vor. Sie formuliert konkrete Anforderungen an die Tele-Nachsorge. Wir sehen diese Voraussetzungen für die Übernahme in die Regelversorgung bei DE-RENA als erfüllt an. Die Wirksamkeit des TELE-Nachsorgeangebots ist nachgewiesen. Die DRV fordert, dass die Patienten in der TELE-Nachsorge durch einen Therapeuten begleitet werden. Theoriebasierung, Manualisierung, ausreichende Ausbaustufe und Möglichkeiten zur Individualisierung auf den Patienten sind weitere Voraussetzungen, die bei DE-RENA erfüllt sind. Auch die Sicherheit der Patienten ist gewährleistet. Der Umgang mit kritischen Situationen und Krisen ist in einem gemeinsam mit dem Patienten verfassten Notfallplan festgelegt, in dem auch die niedergelassenen Behandler des Patienten einbezogen sind. Die DE-RENA App ist als Medizinprodukt zertifiziert, eine wichtige Voraussetzung für Apps im therapeutischen Bereich. Zudem ist DE-RENA die erste App, die vom Berufsverband der Bund deutscher Psychologinnen und

Psychologen mit dem Gütesiegel für sichere therapeutische Apps ausgezeichnet wurde.

Auch die Deutsche Rentenversicherung sieht die Anforderungen für die Aufnahme von DE-RENA in die Regelversorgung als erfüllt an und hat in einem ersten Schritt bereits die Zusage für die Fortführung von DE-RENA in beiden Modell-Kliniken erteilt.

Der Arbeitskreis Nachsorge der DRV berät aktuell darüber, DE-RENA als Regelleistung für andere Reha-Einrichtungen aufzunehmen. Dann können auch diese Kliniken ihren Patienten die App Nachsorge als Alternative zur Gruppennachsorge verordnen und anbieten.

Ausblick

Die Frage, ob DE-RENA auch in der Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen einsetzbar wäre, möchte ich mit einem klaren Ja beantworten. DE-RENA ist im Grunde ein störungsunspezifisches Nachsorgeangebot. Alle Patienten gehen, unabhängig von Ihrer Diagnose, mit Vorsätzen aus der Reha. Sie stehen mit dem Schritt in den Alltag vor der Herausforderung, diese Vorsätze gegen eingeschliffene Gewohnheiten umzusetzen. Es bedarf daher keiner grundlegenden Änderungen, um DE-RENA in der Suchtbehandlung einzusetzen. Dennoch halte ich einige Anpassungen für sinnvoll und leicht umsetzbar. Die in der App eingesetzten Fragebögen können schon jetzt störungsspezifisch vom Coach ausgewählt und dem Patienten zugewiesen werden, also auch ein Fragebogen, der beispielsweise Craving erfasst.

Die Abfragen bei der Bewertung der Zeitfenster und in der Tagesbewertung können

um suchtspezifische Aspekte ergänzt werden: Wie stark war ihr Verlangen? Im Grunde können die in der Therapie erarbeiteten Risikosituationen für einen Rückfall und die Strategien zur Bewältigung schon jetzt als Stolpersteine und Lösungsansätze angelegt werden.

Eine sinnvolle Ergänzung wäre eine Funktion, die den Patienten bei einem Rückfall gezielt unterstützt; durch eine Abfrage der Umstände, Handlungsempfehlungen und entsprechende Motivierung.

Abweichungen von der Nachsorge in der Psychosomatik ergeben sich bei der Suchtnachsorge in erster Linie in den Inhalten und Themen des Coachings. So hebt das Rahmenkonzept zur Suchtnachsorge die Förderung der Inanspruchnahme von Beratungsstellen, psychotherapeutischer und medizinischer Hilfen, die Förderung von Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aber auch schulischer und beruflicher (Wieder-)Eingliederung hervor. Diese Schwerpunkte können im persönlichen Coaching durch einen qualifizierten Suchtnachsorgetherapeuten fokussiert bearbeitet werden. Die App wäre wiederum ein geeignetes Instrument, um die daraus abgeleiteten Verhaltensvorsätze im Blick zu behalten und im Alltag umzusetzen.

Welches Fazit ziehen wir aktuell aus dem Projekt?

Wir konnten zeigen, dass Nachsorge mit einer Smartphone-App funktioniert und dass sich das Konzept an Kliniken implementieren lässt. Wir konnten belegen, dass eine ausreichende Akzeptanz für diesen Ansatz besteht, und DE-RENA wirksam ist. DE-RENA ist also eine Alternative zur Gruppennachsorge. DE-RENA lässt sich gut in die Rehabilitation integrieren, ist individuell anpassbar und bietet sowohl den Patienten als auch den Behandlern Flexibilität.

Abschließend möchte ich mich bedanken. Ein Projekt wie DE-RENA funktioniert nicht ohne verlässliche Partner. Wir danken der Deutsche Rentenversicherung Bund, die die Begleitforschung gefördert hat und als Nachsorgeleistung finanziert hat. Dank auch an die DRV Rheinland-Pfalz, die sich für dem Modellprojekt angeschlossen hat. Vielen Dank an beide Kliniken, die DE-RENA in ihre Konzepte integriert haben. Und besondere Dank an die Entwickler der Firma BINACON, die ihre App auf unsere Anforderungen angepasst und stetig weiterentwickelt haben.

Literatur

Bischoff, C., Schmädeke, S., Dreher, C., Adam, M., Bencetic, D., Limbacher, K. (2010). Akzeptanz von elektronischem Coaching in der psychosomatischen Rehabilitation. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 31, 274-287.

Bischoff, C., Schmädke, S., Adam, M., Dreher, C., Bencetic, D., Limbacher, K. (2013). Wirksamkeit von Handheld-gestütztem Selbstmanagement (E-Coaching) in der Rehabilitationsnachsorge. *Verhaltenstherapie*, 23, 243-251.

Bischoff, C., Schmädke, S. (2014). Akzeptanz Smartphone-gestützter Rehabilitationsnachsorge bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmodifikation*, 4.

Kobelt, A., Schmid-Ott, G., Künsebeck, H.W., Grosch, E., Hentschel, J., Malewski, P., Lamprecht, F. (2000). Bedingungen erfolgreicher ambulanter Nachsorge nach stationärer psychosomatischer Rehabilitation. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 52, 16-23.

Kuhl, J. & Fuhrmann, A. (2003). Selbststeuerungs-Inventar SSI-K3. Unveröffentlichtes Manuskript, Universität Osnabrück.

Lin, J., Ebert, D. D., Lehr, D., Berking, M., Baumeister, H. (2013). Internetbasierte kognitiv-behaviorale Behandlungsansätze: State of the Art und Einsatzmöglichkeiten in der Rehabilitation. *Rehabilitation*, 52, 155-163

Löwe, B., Unützer, J., Callahan, C., Perkins, A., Kroenke, K. (2004). Monitoring depression outcomes with the PHQ-9. Responsiveness and reliability. *Med Care*. 42, 1194-1201.

Rabung, S., Harfst, T., Koch, U., Schulz, H. (2007). Hamburger Module zur Erfassung allgemeiner Aspekte psychosozialer Gesundheit für die therapeutische Praxis (HEALTH-49). Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Quelle: <http://www.hamburger-module.de/>.

Schmädke, Bischoff, C. (2015). Wirkungen Smartphone-gestützter, psychosomatische Rehabilitationsnachsorge (eATROS) bei depressiven Patienten. *Verhaltenstherapie*, 25/3.

Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1-29.

Autor:

Dipl.-Psych. Stefan Schmädke
Lameystraße 20
68165 Mannheim
stefan.schmaedek@binacon.de

Literaturhinweise

Hirsch, D. R.: Das Humor-Buch. Die Kunst des Perspektivenwechsels in Theorie und Praxis. Stuttgart: Schattauer Verlag; ISBN: 978-3-608-43261-9; 50,00 Euro.

Humor macht das Leben reicher und auch ein wenig leichter. Humor kann wie Medizin wirken. Das ist die Quintessenz, die der Facharzt für Nervenheilkunde, psychotherapeutische Medizin und Psychoanalyse Rolf Dieter Hirsch uns in seinem Humor-Buch wissen lässt.

Der Autor hat dazu breites Wissen zusammengetragen, um sich dem Thema vielfältig zu nähern. Schon die Definition, was ist Humor, ist schwierig. Hier werden Umschreibungen u. a. von Jean Paul, Schopenhauer und Kierkegaard genannt. Um dann doch festzustellen, Humor definiert sich eher über das Abgrenzen zu Lachen, Komik, Witz, und zu den verwandten Begriffen wie Scherz, Ironie, Satire, Sarkasmus, Zynismus etc. Der anschließende theoretische Teil führt durch die Theorien zum Humor der unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen: Psychophysiologische Theorien und Aggressionstheorien verweisen auf das Lösen von Spannungen und die soziale Macht des Lachens. Soziologische und sozialpsychologische Theorien zentrieren die Funktion des Humors im Zusammenhalt für die Gesellschaft. Modelle von Humor-Konzepten werden skizziert, die Einbettung des Humors in die verschiedenen Lebensalter beschrieben und Fragen nach der Messbarkeit angesprochen.

Humor beeinflusst die Gesundheit und hilft im Alltag, in der Familie, in der Schule, am Arbeitsplatz, im Krankenhaus und Altenpflegeheim. Anhand zahlreicher anschaulicher Beispiele und Anekdoten zeigt Hirsch, wie ein humoristischer Perspektivenwechsel kritische Situationen ebnet, menschlichen Beziehungen die Spannung nimmt, Familienmitglieder zueinander

führt, am Arbeitsplatz die Arbeitszufriedenheit und Atmosphäre fördert. In stationären Einrichtungen beim Umgang mit schwierigen Patienten und Bewohnern, Arbeitskollegen und Vorgesetzten kann Humor Arbeitsabläufe erleichtern und Zusammenarbeit fördern. Ein gesondertes Augenmerk legt Hirsch auf die Wirkung von wohl-dosiertem und situationsbezogenem Humor beim Umgang mit Menschen mit Schmerzen, Ängsten, Depression, Demenz und am Lebensende. Auch regt Hirsch an, in der Psychotherapie – auf Frankl verweisend – den Wirkfaktor Humor Einzug halten zu lassen.

Das Buch ist für ein breites Publikum geschrieben. Nicht nur Fachkollegen, auch alle, die jeden Tag neu meistern, erhalten praktische Anregungen, wie wir durch humoristische Begegnungen das Leben noch ein wenig lebenswerter gestalten können.

Sack, M.: Individualisierte Psychotherapie. Stuttgart: Schattauer; ISBN: 978-3-608-43192-6; 49,99 Euro.

Individualisierte Psychotherapie ist eine praxisorientierte Methode zur Diagnostik, Therapieplanung und Steuerung der Behandlung, die sich am individuellen Bedarf und der persönlichen Situation des Patienten ausrichtet. Dabei ist das zugrunde liegende Konzept ein Therapieschulen und Therapiemethoden übergreifendes Modell von Psychotherapie. Die Vereinbarung von individuellen Therapiezielen zu Beginn einer Psychotherapie ist eine sinnvolle und notwendige Maßnahme. Die Therapieziele werden gemeinsam von Therapeuten und Patienten vereinbart und während der Behandlung kontinuierlich fortgeschrieben und konkretisiert. Dies erleichtert sowohl den Therapeuten

als auch den Patienten die Orientierung für die geplante Behandlung. Motivation und Mitarbeit werden gefördert. Es geht einerseits darum, einen objektivierenden Zugang zur Problematik der Patienten zu schaffen. Andererseits muss ein von der Praxis ausgehendes Modell der Psychotherapie beschreiben können, wie subjektives Erleben und individuelle Erfordernisse diagnostiziert werden können und in den Behandlungsplan integriert werden können.

Das Ziel des Buches ist es, das breite Spektrum der Psychotherapie mit deren vielfältigen Theorien, Methoden und Techniken in ein übergreifendes Behandlungsmodell zu integrieren, immer mit dem Blickwinkel den individuellen Behandlungsbedarf und die grundlegenden Therapieziele richtungsweisend in den Vordergrund zu stellen. Das Buch gliedert sich in acht Kapitel: Zunächst leitet der Autor Gründe für eine Individualisierung der Psychotherapie her. Dann werden idealtypische Behandlungsschritte einer Psychotherapie gelistet. Krankheitsmodelle und Krankheitsursachen sowie Rahmenbedingungen und Methoden einer therapiebezogenen Diagnostik werden dargelegt. Anschließend wird der Pfad von der Diagnose zum Therapieziel sowie vom Therapieziel zur Behandlungsmethode skizziert. Es folgt eine Beschreibung typischer Behandlungsprobleme sowie der professionelle Umgang damit. Den Abschluss bilden Aspekte der therapeutischen Haltung, die in den handwerklichen Kontext eingebettet werden.

Das Buch ist klar strukturiert. Praxisbeispiele dienen zur Veranschaulichung, Merksätze und ein Fazit für die Praxis zum Ende jeden Kapitels führen den Leser durch das Buch, das sich gleichsam an Berufseinsteiger und erfahrene Psychotherapeuten richtet.

Was begünstigt oder behindert die Rückkehr in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung durch die Deutsche Rentenversicherung?

Bestmann, Anja¹; Flach, Leona¹; Büschges, Julia²; Köhler, Joachim¹

1. Einführung

1.1 Forschungsstand

Die berufliche Eingliederung im Anschluss an eine Entwöhnungsbehandlung ist eines der wesentlichen Rehabilitationsziele der Rentenversicherung. Erwerbstätigkeit und das selbstständige Bestreiten des Lebensunterhalts unterstützen die nachhaltige Abstinenz von Abhängigkeitserkrankten und tragen zur Stabilisierung ihrer psychischen und sozialen Situation bei (Henkel 2011; 2013). Für die Rentenversicherung ist das zentrale Ziel der beruflichen (Re)Integration nach einer Rehabilitation überdies im § 9 SGB VI und § 4 SGB IX verankert.

Mehrere Studien untersuchten den sozialmedizinischen Verbleib von Alkoholabhängigen nach einer Entwöhnungsbehandlung durch die Rentenversicherung. Die Autoren operationalisierten „Beschäftigung“ anhand von entrichteten Sozialversicherungsbeiträge im 24-Monatsverlauf, allerdings ohne zwischen Beiträgen von der Arbeitslosenversicherung oder aus sozialversicherungspflichtiger Erwerbstätigkeit zu differenzieren (Hümmelink 2002, Henkel 2005, Naumann 2016). Zwar lässt sich auf diese Weise feststellen, wie viele Versicherte³ im übergeordneten Sinne noch im Erwerbsleben stehen. Unklar bleibt allerdings, ob sie erwerbstätig oder arbeitslos sind.

Buschmann-Steinhage und Zollmann unterschieden in einer Return-to-Work-Analyse nach Alkoholentwöhnung durch die Rentenversicherung zwischen pflichtversicherter Beschäftigung und Arbeitslosigkeit. Sie fanden heraus, dass pro Monat 32-34 % der Rehabilitanden im 24-Monatsverlauf nach Reha-Ende beschäftigt und 41-51 % pro Monat jeweils arbeitslos waren. Weiterhin kamen die Autoren zum Ergebnis, dass Rehabilitanden, die vor der Entwöhnungs-

behandlung beschäftigt waren, eine ungleich höhere Beschäftigungschance hatten als Rehabilitanden, die zu Beginn der Rehabilitation arbeitslos waren (Buschmann-Steinhage 2008).

Für Rehabilitanden mit anderen substanzgebundenen Abhängigkeiten existieren weniger Studien mit multivariaten Analysen. Aus den regelmäßig erscheinenden deskriptiven Katamnesen des Fachverband Sucht (Bachmeier 2019) geht allerdings hervor, dass insbesondere für Opiodabhängige und Personen mit multipler Substanzabhängigkeit die Abstinenz- und beruflichen Eingliederungsraten nach einer Entwöhnung niedriger sind, als das für Alkoholabhängige der Fall ist.

Die Rentenversicherung trägt der fundamentalen Bedeutung der Erwerbstätigkeit für den Versicherten in ihren Handlungskonzepten und -anforderungen seit Jahren Rechnung: In den Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung und den Reha-Therapiestandards für Alkoholabhängige (Deutsche Rentenversicherung Bund 2016; 2010) werden der frühzeitigen Implementierung arbeitsbezogener Maßnahmen sowie arbeitsweltbezogener Angebote während der Entwöhnung ein hoher Stellenwert eingeräumt. Konkretisiert und operationalisiert werden diese Leistungen in den „Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter“ (Deutsche Rentenversicherung November 2014), die am 1. März 2015 in Kraft traten. Darüber hinaus sind arbeitsbezogene Maßnahmen expliziter Bestandteil der Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit der Deutschen Rentenversicherung.

Im Wissen um die große Bedeutung der Erwerbstätigkeit für die psychische, soziale und ökonomische Stabilisierung Abhängigkeitserkrankter wurden in einer Studie (Bestmann 2017) zentrale Merkmale beschrieben, die im Zusammenhang mit der Aufnahme einer Beschäftigung nach einer Entwöhnungsbehandlung standen. Mit Hilfe von Kaplan-Meyer-Ereignisanalysen des 24-Monate-Erwerbsverlauf konnte gezeigt werden, dass der Erwerbseintritt von Rehabilitanden mit verschiedenen Suchtstoffen unter anderem abhängig war von

der Art des Suchtstoffes und der Entlassung (regulär, vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis, vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, disziplinarisch, vgl. auch Deskription der Population). Die größten Unterschiede zeigten sich jedoch mit Blick auf die Erwerbssituation vor der Entwöhnungsbehandlung: Rehabilitanden, die vor der Entwöhnung bereits monatelang arbeitslos waren, gelang es nur in 20 % der Fälle Fuß auf dem Arbeitsmarkt zu fassen, während diejenigen mit einer stabilen Beschäftigung vor der Rehabilitation anschließend zu über 90 % erwerbstätig waren.

Die genannte Studie unterlag allerdings Limitationen: Die Ergebnisse sind bivariat und deskriptiv, Aussagen über sich gegenseitig bedingende multivariate Effekte sind daher nicht möglich. Insofern bleibt unklar, welche Faktoren unter Kontrolle weiterer Merkmale überhaupt noch relevant wären. Die vorliegende Untersuchung ging daher den Fragen nach, welche Faktoren für die Aufnahme einer Beschäftigung nach einer Entwöhnungsbehandlung von Bedeutung sind und ob sich diese Faktoren für Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit und illegalen Suchtstoffen unterscheiden.

2. Datenbasis und Methodik

2.1 Datenbasis

Analysebasis ist die Reha-Statistik-Datenbasis (RSD), in der die jährlichen Meldungen der Rentenversicherungsträger zusammengeführt werden. Die RSD ist eine Routinestatistik mit achtjährigem Beobachtungszeitraum (2007-2014) und elfjährigem Beitragsverlauf (2004-2014). Der Datenkörper ist personenbezogen aufgebaut. Eingeschlossen werden im Wesentlichen alle Versicherten, die einen Antrag auf eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme, Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA, berufliche Rehabilitation) oder Rente stellen oder die ein festgelegtes demographisches Ereignis (Geburt, Tod) im Beobachtungszeitraum erfüllen. Der Datenkörper enthält Angaben zur Soziodemographie und zur beruflichen Tätigkeit sowie Informationen zur Reha- bzw. Rentenanspruchstellung, zum Verlauf der Rehabilitation und ihrem Abschluss

1 Deutsche Rentenversicherung Bund

2 Robert Koch Institut

3 Aus Gründen der einfachen Lesbarkeit wird auf die geschlechtsspezifische Differenzierung verzichtet. Sämtliche Rollenbezeichnungen gelten im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

einschließlich Merkmalen zur prognostischen sozialmedizinischen Beurteilung. Die Reha-Entlassungsdiagnosen sind fünfstellig-ICD-10 verschlüsselt.

Die Angaben aus dem Beitragsverlauf geben, soweit rentenrechtlich relevant, monatsgenau Auskunft über den Beschäftigungsstatus des Versicherten. Insbesondere sind pflichtversicherte oder geringfügige Beschäftigung, Arbeitslosigkeit, Beitragszeiten wegen Kindererziehung, Pflege, Existenzgründung oder versicherungspflichtiger selbstständiger Tätigkeit in der RSD gespeichert.

Einschränkungen ergeben sich für die in der RSD hinterlegte Information zur beruflichen Bildung: bei längerer Arbeitslosigkeit existiert für dieses Merkmal keine Arbeitgeberrmeldung zur Sozialversicherung, so dass in diesem Fall Informationen zu möglichen beruflichen Qualifikationen fehlen (vgl. Tabelle 2, Ausprägung „keine Aussage möglich, Abschluss unbekannt“). Zu beachten ist auch, dass Informationen zum Migrationshintergrund lediglich dem Merkmal Staatsangehörigkeit entnommen werden können. In der gesundheitsbezogenen Migrationsforschung wird diese Variable als Proxy für einen möglichen Migrationshintergrund verwendet, da Migrationserfahrungen in der zweiten oder dritten Generation nicht erfasst werden können.

2.2 Populationszuschnitt mit Ein- und Ausschlusskriterien

In die Untersuchungsgruppe wurden alle Rehabilitanden eingeschlossen, die 2012 eine stationäre Entwöhnungsbehandlung bei der Rentenversicherung aufgrund einer psychischen Erkrankung wegen Abhängigkeit von Alkohol oder illegalen Drogen (Opiode, Cannabinoide, Kokain und andere Stimulanzien, multiple Substanzen (ICD-10 Codes F10–F12, F14–F15, F19) beendeten. Die Rehabilitanden durften am Ende des 24-monatigen Nachbeobachtungszeitraums zudem höchstens 61 Jahre alt sein, da Arbeitssuchende kurz vor dem Rentenbeginn kaum in Beschäftigung vermittelt werden und diese Altersgruppe nur noch teilweise eine Beschäftigung anstrebt. Überdies ist der Rentenversicherung bekannt, dass ein nicht unerheblicher Teil der Versicherten bereits mit 63 Jahren mit Abschlüssen „in Rente geht“.

Folgende Personengruppen mussten aufgrund unvollständiger Datenbasis ausgeschlossen werden: Angehörige und Beamte, da der Rentenversicherung in ihren Fällen keine Erwerbsverläufe vorliegen. Rehabilitanden, die während der Entwöhnung verlegt wurden oder verstarben. Für sie ist eine Betrachtung des 24-Monate-Verlauf inhaltlich nicht sinnvoll. Ausgeschlossen wurden weiterhin Personen, für die im 24-monatigen Beobachtungszeitraum lediglich Zeiten aus Kindererziehung, Ausbil-

dung oder Pflege von Angehörigen gespeichert waren oder die in keinem Monat irgendeine Information zum Beschäftigungsstatus aufwiesen (964 Personen). Bei diesen Rehabilitanden ist unwahrscheinlich, dass sie überhaupt eine Beschäftigung anstreben. Der Populationszuschnitt mit Ein- und Ausschlusskriterien wurde ausführlich in Bestmann et al 2017 erläutert. Die beschriebenen Kriterien erfüllen 30.304 Rehabilitanden.

2.3 Operationalisierungen

Zentrales Outcome der vorliegenden Studie ist die Erwerbstätigkeit. Sie wird als pflichtversicherte Beschäftigung operationalisiert und ist in den Beitragsvariablen der RSD „BYJAN“ bis „BYDEZ“ als solche gespeichert. Das schließt Selbstständige und Existenzgründer, soweit gesetzlich rentenversichert, mit ein. Geringfügige Beschäftigungen werden als nicht existenzsichernd betrachtet und gelten daher auch nicht als Erwerbstätigkeit. Der Eintritt in Beschäftigung gilt als erfolgt, wenn ein Monat mit sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung dieser Definition vorliegt.

Arbeitslosigkeit im vorliegenden Kontext besteht, wenn der Versicherte die Anspruchsvoraussetzungen nach SGB III erfüllt und diese bei der Bundesagentur für Arbeit geltend gemacht hat. In diesem Fall liegen in den analysierten Daten Zeiten der Arbeitslosigkeit als „Pflichtbeitragszeit wegen Leistungsbezug von Arbeitslosengeld“ vor. Zeiten von Arbeitslosengeld II („ALG 2“, „Hartz IV“) wurden berücksichtigt, wenn eine Anrechnungszeit vorlag. Arbeitslosigkeit ist also nicht die Abwesenheit von

pflichtversicherter Beschäftigung, sondern ein eigener, im SGB III beschriebener, Zustand.

2.4 Studiendesign

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine retrospektive Sekundäranalyse im zwei-Gruppen-prä-post-Design mit 24 (post) Messzeitpunkten (24-Monateverlauf) nach abgeschlossener Rehabilitation. Aus einer Vollerhebung aller abgeschlossenen Rehabilitationen der Rentenversicherung wurden diejenigen mit den oben genannten Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt und in die Gruppen der a) Alkoholabhängigen und b) Abhängigkeitserkrankten illegaler Drogen unterteilt.

Abhängige Variable zur Beantwortung der Frage, welche Faktoren für die Aufnahme einer Beschäftigung relevant sind, ist die pflichtversicherte Beschäftigung im 24-Monate-Verlauf nach der Entwöhnungsbehandlung. Als potenzielle Prädiktoren für den Eintritt in eine Erwerbstätigkeit nach einer Rehabilitation wurden der Fachliteratur folgende Merkmale entnommen (Tabelle 1).

Sämtliche Auswertungen erfolgten mit IBM SPSS Statistics 24.

2.5 Cox Regression

Die Daten werden mit Hilfe einer Cox Regression ausgewertet. Die Methode ermöglicht es, gleichzeitige Effekte mehrerer Einflussgrößen auf die Zielvariable „Eintritt in pflichtversicherte Beschäftigung“ einzuführen. Mit Hilfe der zugrundeliegenden Hazard-Funktion können hierbei unterschiedliche Zeitpunkte des Eintritts des Zielereig-

Tabelle 1: Abhängige Variable und Prädiktoren der Cox Regression

Abhängige Variable	
	Pflichtversicherte Beschäftigung im 24-Monate-Verlauf nach Entwöhnungsbehandlung in Monaten
Unabhängige Variablen	
Demographische Prädiktoren	
	Geschlecht
	Familienstand
	Alter
	Staatsangehörigkeit
Berufsbezogene Prädiktoren	
	Berufliche Ausbildung
	Pflichtversicherte Beschäftigung im 12-Monate-Verlauf vor Beginn der Entwöhnung in Monaten
	Arbeitslosigkeit im 12 Monate-Verlauf vor Beginn der Entwöhnung in Monaten
Sozialmedizinische Prädiktoren	
	Rehabilitation im Jahr vor Entwöhnung in Wochen
	Art der Abhängigkeit
	Komorbidität
	Entlassungsform

nisses betrachtet werden. Das heißt, die Cox Regression lässt eine Berücksichtigung des Zeitverlaufs zu. Weiterer Vorteil dieser Methode ist, dass neben dem Zielereignis – hier pflichtversicherte Beschäftigung – weitere, sogenannte konkurrierende, Lebensereignisse in das Modell integriert werden können. Im vorliegenden Fall sind das die Wahrnehmung einer beruflichen oder medizinischen Rehabilitation, der Übergang in Erwerbsminderungsrente oder der Tod (Ziegler 2007). Anwendungsvoraussetzung für Cox Regressionen ist, dass die Hazard Ratio über die Zeit konstant sind (Proportionalität). Dies wurde anhand von Kaplan-Meier-Kurven überprüft. Da die Gruppen der Alkoholabhängigen und illegalen Substanznutzer sich in vielerlei Hinsicht unterscheiden, wurde ein gesplittetes Cox-Modell für die beiden Gruppen gerechnet (vgl. Tabelle 6). Als Parameter für die Belastbarkeit eines Prädiktors wurde das 95 %-Konfidenzintervall zugrunde gelegt.

3. Ergebnisse

3.1 Deskription der Population

Die Untersuchungsgruppe setzt sich aus 2/3 Alkoholabhängigen mit einem mittleren Alter von 44 Jahren (SD 9,2) sowie 1/3 Drogenabhängigen zusammen, wobei die drogenabhängigen Rehabilitanden durchschnittlich 12 Jahre (SD 7,9) jünger sind als die Alkoholabhängigen.

In beiden Abhängigkeitsgruppen sind Männer deutlich überrepräsentiert: Bei den Alkoholabhängigen ist das Geschlechterverhältnis 3/4 zu 1/4, bei Drogenabhängigen sogar 4/5 zu 1/5. Die erheblich jüngeren Drogenabhängigen sind annähernd doppelt so häufig ledig wie die älteren Alkoholabhängigen. Alkoholabhängige sind dementsprechend häufiger verheiratet (34 % vs. 17 %) als ihre Vergleichsgruppe. Markante Unterschiede finden sich darüber hinaus in der beruflichen Ausbildung: Bei 59% der Alkoholabhängigen ist der berufliche Abschluss unbekannt bzw. es ist keine Aussage darüber möglich oder es fehlt eine Berufsausbildung. In der Gruppe der Drogenabhängigen liegt der Anteil noch einmal um knapp 20 % höher (7 %). Entsprechend verfügen diese Rehabilitanden in nur 22 % der Fälle überhaupt über einen beruflichen Abschluss, während bei 40 % der Alkoholabhängigen ein Berufsabschluss hinterlegt ist. In beiden Gruppen befinden sich überwiegend Rehabilitanden mit deutscher Staatsbürgerschaft (vgl. Tabelle 2).

Richtet man das Augenmerk auf die konsumierten Suchtstoffe, fällt auf, dass 2/3 der Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten entweder mehrere Substanzen konsumierten oder opioidabhängig waren. In Hinblick auf komorbide Erkrankungen unterscheiden sich die beiden Gruppen prägnant: Alkoholabhängige litten vor allem an

Tabelle 2: Verteilung soziodemographischer Merkmale für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

	Alkoholabhängige (NA = 20.700)		Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (NS = 9.604)	
	Anteil, %	Anzahl	Anteil, %	Anzahl
Geschlecht				
männlich	76	15.688	81	7.810
weiblich	24	5.012	19	1.794
Familienstand				
ledig	38	7.878	72	6.870
verheiratet	34	7.117	17	1.605
geschieden	24	4.870	9	848
verwitwet	2	381	0	25
unbekannt	2	454	3	266
Berufliche Ausbildung				
ohne berufliche Ausbildung	8	1.733	16	1.517
entfällt/keine Aussage möglich/ Abschluss unbekannt	51	10.486	62	5.913
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	36	7.540	22	2.103
Berufsfachschulabschluss oder Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	2	441	0	38
Bachelor oder Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen	2	500	0	33
Staatsangehörigkeit				
deutsch	95	19.733	90	8.648
andere	5	967	10	956

Tabelle 3: Verteilung medizinischer und sozialmedizinischer Merkmale für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

	Alkoholabhängige (NA = 20.700)		Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (NS = 9.604)	
	Anteil, %	Anzahl	Anteil, %	Anzahl
Art der Abhängigkeit				
Alkohol	100	20.700	–	–
multiple Substanzabhängigkeit	–	–	41	3.963
Opiode	–	–	24	2.337
Cannabinoide	–	–	20	1.939
Kokain und andere Stimulanzen	–	–	14	1.365
Komorbidität				
keine Komorbiditäten	7	1.411	14	1.342
Psychische (außer Sucht-) und ggf. weitere Komorbiditäten	59	12.294	27	2.639
nur somatische Komorbiditäten	10	2.084	6	590
Sucht- und ggf. weitere Komorbiditäten	24	4.911	52	5.033
Entlassungsform				
regulär	75	15.437	47	4.497
vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	5	951	4	418
vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	13	2.779	25	2.384
vorzeitig auf ärztliche Veranlassung (Reha nicht erfolgsversprechend)	5	941	8	765
disziplinarisch	3	592	16	1.540

psychischen Begleiterkrankungen (59 % vs. 27 %), während bei den Konsumenten illegaler Drogen insbesondere weitere Suchtprobleme diagnostiziert wurden (52 % vs. 24 %). Lediglich 7 % bzw. 14 % wiesen keine komorbiden Erkrankungen auf.

Knapp die Hälfte (49 %) der Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten beendete die Entwöhnungsbehandlung entweder vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis, vorzeitig auf ärztliche Veranlassung, weil eine Fortsetzung der Reha nicht erfolgsversprechend, oder sogar disziplinarisch. Bei den Alkoholabhängigen lag dieser Anteil nur bei 21 % (vgl. Tabelle 3).

Der Erwerbsstatus im 12-Monate-Zeitraum (vor der Entwöhnung) sowie unmittelbar vor Beginn der Entwöhnung gestaltete sich ebenfalls in beiden Gruppen unterschiedlich: Zu beiden Zeiten lag die (durchgängige) Erwerbstätigkeit Alkoholabhängiger höher als diejenige von Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (26 % vs. 10 % bzw. 33 % vs. 17 %). Entsprechend waren die Konsumenten illegaler Drogen häufiger arbeitslos oder bezogen Übergangsgeld usw. (71 % vs. 58 % bzw. 83 % vs. 67 %; vgl. Tabelle 4).

Die Zielvariable „Erwerbstätigkeit im 24-Monate-Verlauf nach der Entwöhnungsbehandlung“ offenbart ebenfalls Unterschiede zwischen den Gruppen: Summiert man die Monate, die die Rehabilitanden in den 24 Monaten nach der Entwöhnung pflichtversichert beschäftigt waren, so ergeben sich für die Alkoholabhängigen durchschnittlich 8,6 Monate gegenüber lediglich 3,9 Monate bei den illegalen Drogennutzern. Wegen hoher Standardabweichung und großem Quartilsabstand ist hier allerdings der Median mit 6 vs. 0 Beschäftigungsmonaten für Alkoholabhängige / Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten aussagekräftiger als die Mittelwerte (vgl. Tabelle 5). Gelingt der Eintritt in eine Beschäftigung, so stellt sich die Frage nach der Nachhaltigkeit. Unter den 17.905 Rehabilitanden mit mindestens einem Beschäftigungsmonat im 24-Monate-Verlauf waren die Hälfte der Alkoholabhängigen (51 %) mindestens 13 Monate beschäftigt (13 – 24 Monate Beschäftigung), während es bei

Tabelle 4: Erwerbsstatus für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten vor der Entwöhnung, N = 30.304

Merkmal	Status	Alkoholabhängige (NA = 20.700)		Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (NS = 9.604)	
		Anteil, %	Anzahl	Anteil, %	Anzahl
Erwerbsstatus im 12-Monate-Verlauf vor Beginn der Entwöhnung	durchgehend erwerbstätig	26	5.349	10	945
	durchgehend arbeitslos	23	4.789	27	2.562
	lückenhafte Beschäftigung (ein bis elf Monate)	16	3.358	19	1.868
	lückenhafte Arbeitslosigkeit kombiniert mit z. B. Übergangsgeld, geringfügiger Beschäftigung, Erziehungs- oder Pflegezeit, unbekannter Status	35	7.204	44	4.229
Erwerbsstatus unmittelbar vor der Entwöhnung	erwerbstätig	33	6.818	17	1.640
	arbeitslos	37	7.758	50	4.799
	anderer Status: z. B. Arbeitsunfähigkeit, Übergangsgeld, geringfügig Beschäftigte, Erziehungs- oder Pflegezeit, unbekannter Status	30	6.124	33	3.165

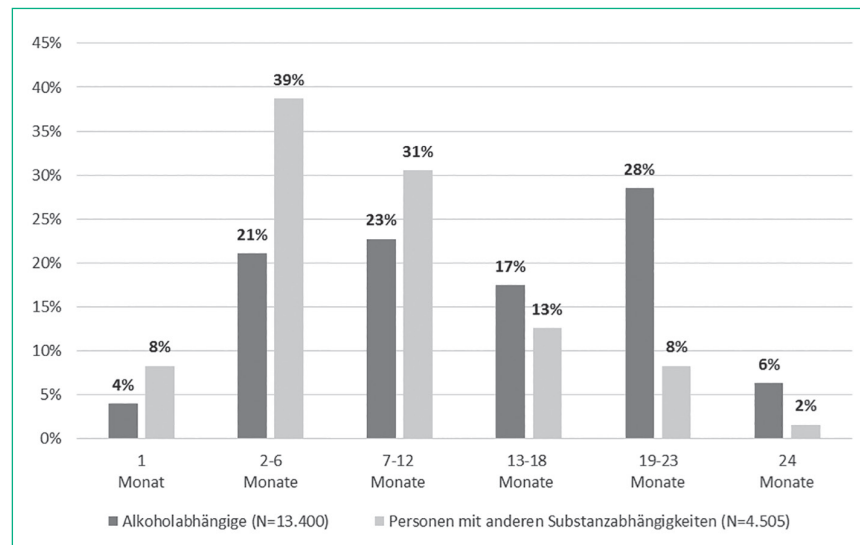


Abb. 1: Beschäftigungsdauer im 24-Monate-Verlauf nach Entwöhnung für Rehabilitanden mit mindestens einem Beschäftigungsmonat unterschieden nach Alkoholabhängigkeit und illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 17.905

Tabelle 5: Beschäftigungs- und Arbeitslosenmonate im 24-Monate-Verlauf nach Entwöhnung für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

Status im 24-Monate-Verlauf	Alkoholabhängige (NA = 20.700)					Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (NS = 9.604)				
	Mittelwert	SD	25 %-Quartil	Median	75 %-Quartil	Mittelwert	SD	25 %-Quartil	Median	75 %-Quartil
Beschäftigungsmonate in 24 Monaten nach Rehabilitation	8,6	8,8	0	6	17	3,9	5,9	0	0	6
Monate mit Arbeitslosigkeit in 24 Monaten nach Rehabilitation	11,2	9,6	0	11	22	14,2	8	8	15	22

Tabelle 5a: Anzahl und Häufigkeit von Arbeitslosigkeit und Beschäftigung im 24-Monate-Verlauf nach Entwöhnung für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

Status im 24-Monate-Verlauf	Alkoholabhängige (NA = 20.700)		Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten (NS = 9.604)	
	Anzahl	Häufigkeit %	Anzahl	Häufigkeit %
mindestens einen Monat beschäftigt	13.400	65	4.505	47
zeitweise arbeitslos, aber nie beschäftigt	3.180	15	3.165	33
durchgehend arbeitslos	4.120	20	1.934	20

den Rehabilitanden mit illegalen Substanzabhängigkeiten fast 30 % weniger waren (23 %). Entsprechend dominierten bei Personen mit illegalem Substanzkonsum die kürzeren Beschäftigungsverhältnisse bis zu 12 Monaten (78 % vs. 48 %; vgl. Abb. 1). Zu berücksichtigen ist allerdings, dass der Betrachtungszeitraum nach 24 Monaten endet. Beschäftigungsverhältnisse, die erst im späteren Verlauf (z. B. nach 14 Monaten) begannen, aber andauern, wurden wegen Zensurierung der Daten als kürzere Beschäftigung charakterisiert.

Zum tieferen Verständnis des (Wieder-)Einstiegs in Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnung sind weitere sozialmedizinische Ereignisse relevant: So durchlief jeweils 12 % der Alkoholiker und der Rehabilitanden mit illegalem Drogenkonsum im 24-Monate-Verlauf eine weitere medizinische Rehabilitation. Eine Leistung zur Teilhabe am Arbeitsleben (berufliche Rehabilitation) beendeten 11 % der Alkoholiker und nur 5 % der – weitaus jüngeren – Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten. Eine Erwerbsminderungsrente erhielten im 24-monatigen Nachbeobachtungszeitraum 7 % der Alkoholiker und 2 % der illegalen Substanzkonsumenten. Es starben 4 % (Alkoholiker) bzw. 2 % (Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten). Eine Person kann mehrere dieser sozialmedizinischen Ereignisse erleben.

3.2 Multivariate Analyse

Die für Alkoholabhängige und Drogenabhängige gesplittete Cox Regression mit den in Tabelle 1 genannten Prädiktoren lässt folgendes erkennen:

Die Hazardrate wies bei den männlichen Rehabilitanden mit einer Alkoholsucht auf einen positiven Erwerbseffekt hin. Sie lag bei alkoholsüchtigen Männern – unter Adjustierung der übrigen Prädiktoren – um 8% höher als bei alkoholsüchtigen Frauen. Etwas salopp und anschaulicher kann die Hazardrate als „Chance“ interpretiert werden, so dass sich der Zusammenhang folgendermaßen beschreiben lässt: Alkoholsüchtige Männer hatten im Vergleich zu alkoholsüchtigen Frauen eine 8 % höhere Chance

in den 24 Monaten nach der Entwöhnung eine pflichtversicherte Beschäftigung aufzunehmen. Wesentlich beeindruckender ist der Geschlechtereffekt bei den Drogenabhängigen: Drogenabhängige Männer hatten eine um 45 % höhere Chance im Anschluss an die Entwöhnung erwerbstätig zu sein als Frauen (vgl. Tabelle 6). Für alle Ergebnisse gilt gleichermaßen, dass sie nur unter Adjustierung der übrigen Prädiktoren gelten. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird daher im Weiteren auf diesen Verweis verzichtet.

Hinsichtlich des Familienstandes war die Chance im Beobachtungszeitraum ein Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen für Alkohol abhängige verheiratete Rehabilitanden um 12 % höher, als dies für ledige (Alkoholabhängige) der Fall war. Bei den Personen mit Drogenabhängigkeit gab es im Familienstand keine bedeutsamen Unterschiede.

Das Alter zeigt für die Rehabilitanden mit einer Alkoholsucht kleine Effekte auf die Rückkehr in Beschäftigung: Verglichen mit den über 50-jährigen hatten 30-39-jährige sowie 40-49-jährige eine 5 % bzw. 10 % höhere Chance auf einen Einstieg in Erwerbstätigkeit. Bei den Personen mit illegaler Drogenabhängigkeit war die Chance auf den Übergang in Erwerbstätigkeit, verglichen mit den über 50-jährigen, vor allem in den beiden ganz jungen Altersgruppen der unter 30-jährigen erhöht, und zwar zu 36 % bzw. sogar 41 %. In dieser Abhängigkeitsgruppe scheint auch die Staatsangehörigkeit eine Rolle zu spielen: Für nicht-deutsche Drogenabhängige war die Chance auf eine berufliche Integration nach der Entwöhnung um 13 % höher als für deutsche Rehabilitanden. Bei den Alkoholabhängigen gab es keine entsprechenden Effekte.

Von besonderem sozialmedizinischen Interesse in der Entwöhnungsbehandlung sind die Auswirkungen komorbider Erkrankungen. Da die Rehabilitanden häufig eine jahrelange Suchtbiographie aufweisen, sind weitere Erkrankungen kein Einzelfall. Im Hinblick auf die Erwerbstätigkeit nach einer Entwöhnungsbehandlung erwies sich jedoch nur für Alkoholabhängige mit einer

weiteren Suchterkrankung ein kleiner Effekt: Ihre Chance eine pflichtversicherte Beschäftigung aufzunehmen verschlechterte sich um 12 % gegenüber Alkoholikern ohne komorbide Erkrankung.

Als Proxi für den Grad der Morbidität und andauernden Notwendigkeit medizinischer therapeutischer Unterstützung dienten im vorliegenden Modell zusätzliche Rehabilitationsbehandlungen, die bereits im Jahr vor der eigentlich betrachteten Entwöhnungsbehandlung, stattfanden. Selbige wurden in Wochen gezählt. Der grobe Indikator lässt in beiden Subgruppen einen kleinen negativen Effekt auf die Rückkehr in Beschäftigung erkennen: Pro Rehabilitationswoche im Jahr vor der untersuchten Entwöhnungsbehandlung verringerte sich die Chance nach der Entwöhnung ein Beschäftigungsverhältnis aufzunehmen um 2 % bei den Alkoholabhängigen bzw. um 1 % bei den Drogenabhängigen.

Rehabilitanden können ihre Entwöhnungsbehandlung auf unterschiedliche Art beenden. Im Normalfall einer „regulären Entlassung“ endet die Rehabilitation nach dem bewilligten Zeitraum ohne weitere Besonderheiten. Ist eine frühere Entlassung aus Sicht von Arzt und Therapeut möglich und sinnvoll, so endet die Entwöhnung vorzeitig mit dem Einverständnis des Therapeuten bzw. Arztes. Es kann auch vorkommen, dass der Rehabilitand vorzeitig ohne ärztliches bzw. therapeutisches Einverständnis die Rehabilitation beendet. Ist die Reha nicht mehr erfolgsversprechend, so wird der Rehabilitand vorzeitig auf ärztliche Veranlassung entlassen, bei (wiederholten) Verstößen gegen die Regeln der Entwöhnungsbehandlung erfolgt eine disziplinarische Entlassung. In beiden Suchtgruppen wirkte sich in Übereinstimmung mit anderen Studien eine disziplinarische Entlassung negativ auf die Rückkehr in eine Erwerbstätigkeit aus. Alkoholabhängige hatten eine um 15%, Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten eine 27% niedrigere Chance nach der Entwöhnung auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen als dies für regulär entlassene Personen der Fall war. Drogenabhängige, die ihre Entwöhnung vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis beendeten, hatten überraschenderweise eine 15 % höhere Chance in den kommenden zwei Jahren eine pflichtversicherte Beschäftigung aufzunehmen als die regulär entlassenen.

Aus einschlägigen Return-to-Work-Analysen ist bekannt, dass berufsbezogene Merkmale bei der Aufnahme einer Beschäftigung nach einer Rehabilitation bzw. Entwöhnung eine Rolle spielen. Dies ist auch hier der Fall: Im Vergleich zu Rehabilitanden ohne beruflichen Bildungsabschluss hatten diejenigen, für die keine Aussage zur beruflichen Bildung vorlag, eine ausgesprochen geringe Chance nach der Entwöhnung eine

Tabelle 6: Cox Regression gesplittet für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

Filtervariable zwischen Alkoholsucht und illegalen Substanzabhängigkeiten	B	Signifikanz	Exp(B) / Hazard Ratio	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere	Obere
Alkoholsucht					
Geschlecht männlich	0,075	0,000	1,078	1,035	1,122
Familienstand					
ledig		0,000			
verheiratet	0,109	0,000	1,115	1,067	1,166
geschieden	0,035	0,187	1,035	0,983	1,090
verwitwet	0,026	0,695	1,027	0,900	1,171
Keine Angabe	-0,095	0,133	0,909	0,804	1,029
Alter					
Über 50 Jahre		0,014			
40-49 Jahre	0,044	0,039	1,045	1,002	1,089
30-39 Jahre	0,093	0,001	1,097	1,038	1,160
25-29 Jahre	0,087	0,054	1,091	0,998	1,192
Unter 25 Jahre	0,005	0,943	1,005	0,887	1,138
Staatsangehörigkeit					
Keine deutsche Staatsangehörigkeit	0,025	0,563	1,026	0,941	1,117
Entlassungsform					
regulär		0,067			
disziplinarisch	-0,143	0,024	0,867	0,765	0,982
Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	0,012	0,794	1,012	0,926	1,106
Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	0,051	0,223	1,052	0,970	1,141
Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	-0,043	0,157	0,958	0,902	1,017
Komorbidie Erkrankungen					
Keine Komorbidität		0,003			
Psychische (ohne Sucht-) und ggf. weitere Komorbidität	-0,045	0,202	0,956	0,891	1,025
Ausschließlich somatische Komorbiditäten	-0,014	0,742	0,986	0,907	1,072
Sucht- und ggf. weitere Komorbiditäten	-0,117	0,003	0,890	0,824	0,961
Vorherige Reha-Wochen					
Reha-Wochen im Jahr vor Entwöhnung	-0,019	0,000	0,981	0,975	0,988
Berufliche Bildung					
Ohne Berufsabschluss		0,000			
Keine Aussage möglich, Abschluss unbekannt	-0,602	0,000	0,548	0,514	0,584
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,028	0,361	1,029	0,968	1,093
Berufsfachschulabschluss, Meister, Techniker, gleichwertiger Fachschulabschluss	0,049	0,401	1,050	0,937	1,176
Bachelor, Diplom, Magister, Master, Staatsexamen	0,046	0,405	1,047	0,940	1,166
Anzahl Monate Beschäftigung in 12 Monaten vor Entwöhnung	0,033	0,000	1,034	1,030	1,037
Anzahl Monate Arbeitslosigkeit in 12 Monaten vor Entwöhnung	-0,121	0,000	0,886	0,881	0,891

Beschäftigung aufzunehmen: Die Wahrscheinlichkeit für einen Wiedereinstieg sank für die Alkoholabhängigen um 83 %, für die Drogenabhängigen um 119 %. Bei den genannten Drogenabhängigen trat ein durchgängiger Bildungsgradient zu Tage. Rehabilitanden dieser Gruppe mit einer anerkannten Berufsausbildung hatten eine 30 %, diejenigen mit einem Berufsfachschul-, einem Meister-, Techniker- oder gleichwertigen Fachschulabschluss eine 62 % und Rehabilitanden mit einem akademischen Grad (Bachelor, Diplom, Magister, Master, Staatsexamen) eine 70 % höhere Chance nach der Entwöhnung eine abhängige Tätigkeit aufzunehmen.

Ein weiteres Mosaiksteinchen zur Beschreibung der beruflichen Situation ist der Erwerbsstatus vor der Entwöhnung. Zur Abbildung dieses Status wurden pflichtversicherte Beschäftigung und Arbeitslosigkeit in den letzten 12 Monaten vor Beginn der Entwöhnungsbehandlung in zwei getrennten Variablen monatsgenau erfasst und die Monate mit pflichtversicherter Beschäftigung bzw. Bezug von Arbeitslosengeld / Arbeitslosengeld II summiert. Für die Anzahl der Beschäftigungsmonate zeigten sich bei beiden Suchtgruppen positive Effekte: Pro Beschäftigungsmonat im Jahr vor der Entwöhnung erhöhte sich bei Alkoholabhängigen die Chance auf einen Eintritt in Erwerbstätigkeit um 3 %, bei den Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten sogar um 7 %. Noch deutlicher sind die Effekte für Phasen von Arbeitslosigkeit. Pro Monat Arbeitslosigkeit sank bei Alkoholabhängigen die Chance auf Eingliederung in den Arbeitsmarkt um 11 %, bei Drogenabhängigen um 8 %.

4. Diskussion

Die Analysen veranschaulichen, wie komplex der Prozess der (Wieder-)Eingliederung nach einer Entwöhnungsbehandlung ist. Bedeutsame Effekte für den Eintritt in Beschäftigung fanden sich sowohl für demographische Merkmale als auch für sozialmedizinische und berufsbezogene Faktoren. Die Unterschiede in der Hazardrate zwischen Personen mit Alkoholabhängigkeit und illegalen Substanzabhängigkeiten unterstreichen einmal mehr deren Verschiedenheit und sie belegen, dass die Wirkungsmechanismen auf den Wiedereinstieg in Erwerbstätigkeit in beiden Gruppen unterschiedlich wirken. Für Drogenabhängige förderten die Ergebnisse allerdings auch Ungereimtheiten zu Tage. Einige Anzeichen deuten darauf hin, dass diese Rehabilitanden eine heterogene Gruppe sind, für die weitergehende Subgruppenanalysen erforderlich wären.

Insgesamt sind die beschriebenen demographischen Einflüsse auf den Return-to-Work für Alkoholiker im Einklang mit der einschlägigen Literatur: Auch Buschmann-

noch Tabelle 6: Cox Regression gesplittet für Alkoholabhängige und Personen mit illegalen Substanzabhängigkeiten, N = 30.304

Filtervariable zwischen Alkoholsucht und illegalen Substanzabhängigkeiten	B	Signifikanz	Exp(B) / Hazard Ratio	95% Konfidenzintervall für Exp(B)	
				Untere	Obere
Illegale Substanzabhängigkeiten					
Geschlecht männlich	0,375	0,000	1,454	1,331	1,589
Familienstand					
ledig		0,205			
Verheiratet	0,073	0,090	1,076	0,989	1,171
Geschieden	-0,002	0,976	0,998	0,880	1,131
Verwitwet	-0,102	0,788	0,903	0,429	1,900
Keine Angabe	-0,140	0,122	0,869	0,727	1,038
Alter					
Über 50 Jahre		0,000			
40-49 Jahre	0,099	0,411	1,104	0,872	1,398
30-39 Jahre	0,220	0,059	1,246	0,991	1,565
25-29 Jahre	0,308	0,009	1,361	1,079	1,717
Unter 25 Jahre	0,342	0,005	1,408	1,111	1,784
Staatsangehörigkeit					
Keine deutsche Staats- angehörigkeit	0,118	0,022	1,126	1,017	1,246
Entlassungsform					
regulär		0,000			
disziplinarisch	-0,236	0,000	0,790	0,717	0,870
Vorzeitig auf ärztliche Veranlassung	-0,136	0,032	0,873	0,771	0,988
Vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis	0,064	0,395	1,066	0,920	1,235
Vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis	0,139	0,000	1,149	1,066	1,239
Komorbide Erkrankungen					
Keine Komorbiditäten		0,545			
Psychische (ohne Sucht-) und ggf. weitere Komorbiditäten	0,025	0,619	1,025	0,929	1,131
Ausschließlich somatische Komorbiditäten	-0,060	0,445	0,942	0,807	1,099
Sucht- und ggf. weitere Komorbiditäten	-0,018	0,701	0,982	0,897	1,076
Vorherige Reha-Wochen					
Reha-Wochen im Jahr vor Entwöhnung	-0,008	0,008	0,992	0,986	0,998
Berufliche Bildung					
Ohne Berufsabschluss		0,000			
keine Aussage möglich, Abschluss unbekannt	-0,782	0,000	0,457	0,421	0,497
Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung	0,265	0,000	1,303	1,199	1,417
Berufsfachschulabschluss, Meister, Techniker, gleichwer- tiger Fachschulabschluss	0,483	0,005	1,621	1,153	2,278
Bachelor, Diplom, Magister, Master, Staatsexamen	0,529	0,006	1,698	1,167	2,471
Anzahl Monate Beschäftigung in 12 Monaten vor Reha	0,073	0,000	1,076	1,068	1,083
Anzahl Monate Arbeitslosigkeit in 12 Monaten vor Reha	-0,078	0,000	0,925	0,918	0,932

* Abhängige Variable: Pflichtversicherte Beschäftigung im 24-Monate-Verlauf nach Entwöhnung in 2012

Steinhage und Zollmann (2008) fanden heraus, dass verheiratete Alkoholabhängige eine größere Chance auf einen beruflichen Wiedereinstieg hatten als Ledige. Hier kann eine stabilisierende Wirkung der Partnerschaft auf den therapeutischen Erfolg angenommen werden. Dieser Effekt stellte sich bei den jungen Drogenabhängigen – noch – nicht ein. Möglicherweise benötigt eine Partnerschaft ein langjähriges, stabiles Fundament, um förderlich sein zu können.

Männer mit einer substanzgebundenen Abhängigkeitserkrankung haben nach einer Entwöhnung eine leicht erhöhte Erwerbstätigkeitsprognose gegenüber Frauen. Diesen Effekt fanden auch Henkel und Grünbeck (2005), Buschmann-Steinhage und Zollmann (2008) beschrieben hingegen keinen Geschlechtereffekt in ihrer Analyse. Der ausgeprägte Geschlechtereffekt (Hazardrate 45 %) bei den Drogenabhängigen könnte mit dem Alter zusammenhängen. Drogenabhängige sind mit durchschnittlich 32 Jahren in einer Lebensphase der Kindererziehung. In Deutschland ist es immer noch typisch, dass Frauen, im Unterschied zu Männern, vermehrt Elternzeiten und Teilzeittätigkeiten übernehmen, weshalb sie möglicherweise infolge schwieriger auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen bzw. längere Arbeitslosigkeitszeiten aufweisen⁴. Gleichwohl bedarf das Phänomen einer weitergehenden Erklärungssuche.

Dass jüngere Menschen auf dem deutschen Arbeitsmarkt eine bessere Chance haben als ältere, überrascht nicht. Diese Tendenz deckt sich mit Befunden einschlägiger Studien (Buschmann-Steinhage 2008; Kobelt 2019) und sie gilt zumeist auch auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt. Der deutliche Effekt (41 %) der unter 25-jährigen Drogenabhängigen gegenüber den älteren mag auf eine Mischung aus größerer Mobilität und Flexibilität in Bezug auf Arbeitsstelle und -ort, niedrigeren Arbeitslosigkeitszeiten⁵, kürzerer Dauer der Substanzabhängigkeit, welcher vermutlich besser zu therapieren ist, sowie auf die konsumierte Droge selbst zurückzuführen sein. Unter den ganz jungen Drogenabhängigen dominierten Cannabis, Kokain und andere Stimulanzien, Substanzen, mit denen zumindest die Aufnahme einer Beschäftigung leichter vorstellbar ist als mit Opioiden. Die Opioidabhängigkeit stieg erst in den älteren Kohorten an.

Auch aus reha-medizinischer Perspektive ähneln die vorgestellten Befunde denen

4 Arbeitslosigkeitszeiten nach Geschlecht im Jahr vor der Entwöhnung: Mittelwerte (m/w) 5,8 vs. 7,0 Monate, SD 4,9 vs. 5,1; Median 6 vs. 9 Monate.

5 Monate von Arbeitslosigkeit für Rehabilitanden mit illegalem Substanzkonsum in den letzten 12 Monaten vor Entwöhnung in den Alterskohorten „unter 25 Jahre“ – „25-29 Jahre“, „30-39 Jahre“, „40-49 Jahre“ (Mediane): 3 – 6 – 7 – 8 Monate.

von Buschmann-Steinhage und Zollmann (2008) für Alkoholabhängige: Pro Reha-Woche im Jahr vor der untersuchten Entwöhnung verringerte sich die Chance auf eine berufliche Eingliederung, bei einer fünfjährigen Reha waren das bereits 10%. Dieser Prädiktor kann als Maß einer bestehenden Morbidität der Rehabilitanden verstanden werden. Die komorbiden Krankheitsmuster selbst spielten eine untergeordnete Rolle, wobei sich bei den älteren Alkoholkranken eine zusätzliche Suchterkrankung negativ auf die berufliche Integration auswirkte. Auch in Expertenkreisen wird der Relevanz von Begleiterkrankungen ein wachsender Einfluss zugeschrieben (Bachmeier 2019a; Kobelt 2019). Allerdings ist der Forschungsstand hierzu heterogen: Schwob (Schwob 2016) fand beispielsweise unter Zuhilfenahme einer Clusteranalyse für Alkoholabhängige heraus, dass sich scheinbare Zusammenhänge zwischen Komorbidität und Return-to-Work auflösten, sobald für die Beschäftigungssituation vor der Entwöhnung unterschieden wurde.

Einigkeit besteht im Forschungsstand dahingehend, dass eine disziplinarische bzw. nicht-reguläre Entlassung den Return-to-Work negativ beeinflusst (Bachmeier 2019, Buschmann-Steinhage 2008). Eine Inkonsistenz wird allerdings für Drogenabhängige im positiven Zusammenhang zwischen vorzeitiger Entlassung ohne ärztliches Einverständnis und der Aufnahme einer Beschäftigung sichtbar. Dieser Umstand könnte zum einen in einer Unterschätzung der Ressourcen des Rehabilitanden ärztlicherseits begründet sein oder ein Rückfall bzw. der erneute Konsum der hier untersuchten illegalen Suchtsubstanzen lässt sich leichter vor dem Arbeitgeber kaschieren, als dies beim Alkoholkonsum der Fall wäre. Mit anderen Worten: Die Abhängigkeit von Kokain, anderen Stimulanzien, Cannabinoiden ggf. sogar Opioiden kann für eine begrenzte Zeit durchaus verheimlicht werden, so dass diese Personen trotz Rückfallgefahr zumindest kurzfristig unproblematischer als Alkoholabhängige auf dem Arbeitsmarkt Fuß fassen können.

Von zentraler Bedeutung für eine Wirkungsanalyse der Entwöhnungsbehandlung sind beeinflussbare Größen. Im vorliegenden Fall ist dies insbesondere die berufsbezogene Situation der Rehabilitanden. Für Drogenabhängige ist in Bezug auf die berufliche Qualifikation ein durchgehender Bildungsgradient erkennbar. Bei Rehabilitanden mit Alkoholabhängigkeit findet sich ein imposanter Effekt für diejenigen mit „unbekanntem Abschluss / keine Aussage möglich“ im Vergleich zu Rehabilitanden ohne Abschluss.

Zwar fallen in diese Ausprägung auch Rehabilitanden, bei denen aufgrund längerer Arbeitslosigkeit und hieraus resultierend fehlender Arbeitgebermeldung keine Be-

rufqualifikation gespeichert ist. Bekannt ist aber ebenfalls, dass Arbeitgeber dazu neigen, bei gering qualifizierten Arbeitnehmern die Angaben zur beruflichen Qualifikation in der Arbeitgebermeldung gänzlich wegzulassen (Czaplicki 2014). Ein Schlüssel für den Einstieg in die Erwerbstätigkeit ist offensichtlich die berufliche Professionalisierung. Gerade für die jungen Drogenabhängigen scheint während des Entwöhnungsprozesses eine noch frühere – und möglicherweise umfassendere – Fokussierung auf vorhandene berufliche Kompetenzen bzw. auf Potenziale weitergehender Professionalisierung sinnvoll. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung sind verschiedene Fallmanagementprojekte zur individuellen und effektiveren Integration in Arbeit wie BORA (Deutsche Rentenversicherung Bund 2014) bzw. BORIS⁶, BISS und BOSS. Zu bedenken bleibt, dass selbst ein optimales, trägerübergreifendes Schnittstellenmanagement (z. B. zwischen Rentenversicherungsträgern, Leistungserbringern, Bundesagentur für Arbeit, Suchthilfeverbände) mit nahtloser Versorgungsinfrastruktur eines durchlässigen Arbeitsmarktes bedarf, damit die berufliche Integration gelingen kann.

Die Ergebnisse zeigen Handlungsgrenzen, aber auch neue Gestaltungsspielräume für die Rentenversicherung auf: Ob ein Rehabilitand im Anschluss an seine Entwöhnungsbehandlung niedrige oder hohe Chancen auf dem Arbeitsmarkt hatte, hing nicht unwesentlich mit seiner Erwerbssituation vor der Behandlung zusammen: Für Alkoholabhängige, die im Jahr vor der Entwöhnung sechs Monate arbeitslos gemeldet waren, fiel die Chance auf einen Arbeitsplatz um ernüchternde 66 %, Drogenabhängige um 42 %. Angesichts dieser Ergebnisse spricht vieles dafür, einer drohenden Arbeitslosigkeit von Abhängigkeitserkrankten möglichst frühzeitig entgegenzuwirken. Die Erwerbssituation vor der Entwöhnung ist durch die Rentenversicherung nur bedingt beeinflussbar. Mit dem Gesetz zur Stärkung

der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG) ist ihr allerdings ein neues Instrument zur Frühen, unter anderem auch betrieblichen, Intervention an die Hand gegeben worden. Die Träger der Rentenversicherung sind bereits in diverse, unter anderem betriebliche, Suchtpräventionsangebote involviert und entwickeln derzeit trägerübergreifend weitere Aktivitäten (GKV-Spitzenverband et al 2019).

Auch wenn ein nicht unerheblicher Teil der Abhängigkeitserkrankten 24 Monate nach der Entwöhnung – noch – nicht pflichtversichert beschäftigt war (vgl. Tabellen 5, 5a), sind dem Arbeitsmarkt an die 90 % der Versicherten erhalten geblieben. Die Rentenversicherung hat somit ihren gesetzlichen Auftrag erfüllt, die Erwerbsfähigkeit ihrer Versicherten zu sichern bzw. wiederherzustellen und eine drohende Erwerbsminderungsrente zumindest zeitweilig abzuwenden. Ein grober Vergleich der Beschäftigungssituation vor der Entwöhnung und im 24-Monate-Zeitverlauf nach der Entwöhnung unterstreicht ebenfalls, dass die Entwöhnung eine Abwärtstendenz in der Beschäftigung gebremst und dieser positiv entgegengewirkt hat.

Näher zu untersuchen wäre, wie ein Return-to-Work mit strengerer Definition (z. B. vier- oder sechsmonatige Erwerbstätigkeit) die Analyseergebnisse verändern würde. Angesichts der neuerlichen präventiven Gestaltungsmöglichkeit der Rentenversicherung stellt sich auch grundsätzlich die Frage, inwieweit es im Zuge des neuen Gestaltungsspielraumes gelingt, einer Chronifizierung von Erkrankungen vorzubeugen, Krankheitsverläufe abzukürzen und krankheitsbedingte Folgen auf die Erwerbsfähigkeit effektiver abzuwenden.

5. Deklaration

Es bestehen keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit der Erstellung dieser Publikation.

Literatur

- Bachmeier R, Bick-Dresen S, Dreckmann I et al. (2019). Effektivität der stationären Suchtrehabilitation – FVS-Katamnese des Entlassungsjahrgangs 2016 von Fachkliniken für Alkohol und Medikamentenabhängige. Sucht Aktuell 1: 34-50
- Bachmeier R, Bick-Dresen S, Missel P et al. (2019a). Wie wirkt sich Komorbidität auf den Behandlungserfolg in der Suchtrehabilitation aus? DRV-Schriften. 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutsche Rentenversicherung Bund. Band 17: 412-415
- Buschmann-Steinhage R, Zollmann P (2008). Zur Effektivität der medizinischen Rehabilitation bei Alkoholabhängigkeit. Suchttherapie 9: 63–69

- Czaplicki, C (2014). Validierung der Bildungsangaben in der VSKT mit Befragungsdaten aus Share. Präsentation im Rahmen der 11. Jahrestagung der Deutschen Rentenversicherung Bund / des Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV), 06.05.2014
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2010). Leitlinien für die sozialmedizinische Begutachtung – Sozialmedizinische Beurteilung bei Abhängigkeitserkrankungen.
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2014). Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014. Erarbeitet von der gemeinsamen Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)
- Deutsche Rentenversicherung Bund (2016): Reha-Therapiestandards Alkoholabhängigkeit.
- Empfehlungen zur Stärkung des Erwerbsbezugs in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker vom 14. November 2014 (2014). Gemeinsame Arbeitsgruppe Berufliche Orientierung in der medizinischen Rehabilitation Abhängigkeitskranker (BORA)
- GKV-Spitzenverband, Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e. V. Spitzenverband, Sozialversicherung e. V. Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau, Deutsche Rentenversicherung Bund, Verband der Privaten Krankenversicherung (2019). Erster Präventionsbericht nach § 20d Abs. 4 SGB V. Stand Juni 2019
- Henkel D, Zemlin U, Dornbusch P (2003) Analyse rückfallbeeinflussender Bedingungen bei arbeitslosen Alkoholabhängigen (ARA-Projekt). Teil 1: Einführung in die Thematik, Projektziele Untersuchungsanlage und Ergebnisse zu Beginn der Suchttherapie. Sucht Aktuelle, 6:5-14
- Henkel D (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990-2010). Curr Drug Abuse Rev, Mar;4 (1): 4-27
- Henkel D, Grünbeck P (2005). Entwicklung der Arbeitslosenquote in der Suchtrehabilitation und Verlauf der beruflichen Integration Alkoholabhängiger vor und nach der Rehabilitation: Eine Auswertung von Routinedaten der Rentenversicherungen. Suchttherapie 6: 155-164
- Hümmelink R, Grünbeck P (2002). Sozialmedizinische Prognose nach stationärer Sucht-Rehabilitation. Aktuelle Auswertungen von Routinedaten der BfA. Sucht Aktuell, 10 (2): 26-29
- Kobelt A, Schattschneider L, Petermann F (2019). Welche Patientengruppen mit einer Alkoholabhängigkeit profitieren von einer Entwöhnungsbehandlung? Hilft uns der Sozialbericht bei der Einschätzung der Reha-prognose und des Rehaerfolgs? DRV-Schriften. 28. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Deutsche Rentenversicherung Bund. Band 17: 418-419
- Schwob S (2016). Zusammenhang von Komorbidität und dem Erwerbsstatus nach einer Alkoholentwöhnung. Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Public Health (MPH). Berlin School of Public Health. (unveröff.)
- Ziegler A, Lange S, Bender R (2007). Überlebenszeitanalyse: Die Cox-Regression. Dtsch Med Wochenschr 132: e42-e44

Korrespondenzanschrift der Erstautorin

Dr. Anja Bestmann
 Deutsche Rentenversicherung Bund
 Geschäftsbereich Forschung und Entwicklung
 Forschungsdatenzentrum der Rentenversicherung (FDZ-RV)
 Ruhrstraße 2
 FDZ-RV - GB 0600, R 1126
 10709 Berlin
 dr.anja.bestmann@drv-bund.de
 Telefon: 030/865-89357

Literaturhinweise

Brisch, K.-H.: Pubertät. Reihe: Bindungspsychotherapie. Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie, Band 5. Stuttgart: Klett-Cotta; ISBN: 978-3-608-94832-5; 24,70 Euro.

Der Autor setzt mit dem fünften Band Pubertät die Reihe Bindungsbasierte Beratung und Psychotherapie nach den bereits erschienenen Bänden Schwangerschaft und Geburt, Säuglings- und Kleinkindalter, Kindergartenalter, Grundschulalter fort. Auf der Grundlage von Ausführungen zur Bindungsentwicklung in der Pubertät und der Vier-Typenbildung (sicher, unsicher-vermeidend, unsicher-ambivalent, desorganisiert) der Bindungstheorie von Bowlby stellt Brisch zunächst Grundlagen der bindungsbasierten Beratung und Therapie vor, um dann spezielle Ansätze für Kinder in der Pubertät und ihre Eltern zu erläutern. Am Beispiel einer gelungenen Bindungsentwicklung werden die Schutz- und Risikofaktoren aufgezeigt, um dann im Hauptteil des Buches Verhaltensauffälligkeiten und ihre bindungsorientierte Behandlung darzulegen. Die zahlreichen Erfahrungsberichte aus der therapeutischen Arbeit des Autors geben interessante Einblicke in die Therapiepraxis und geben Berufsgruppen, die mit Pubertierenden und deren Eltern zu tun haben, Anregungen und Ideen für eine Um-

setzung im Berufsalltag. Dabei wird thematisch ein weites Feld aufgespannt von Lern- und Leistungsproblemen, Schwierigkeiten bei der Entwicklung der sexuellen Orientierung, über Konflikte zwischen individueller Entwicklung und Zugehörigkeit zu Peer-Gruppen, Aggressionsstörungen, Störungen der Selbstregulation, Körper-Schema-Störungen bis hin zu Süchten und Essstörungen.

Die Zielgruppe des Buches ist weitgefächert: Zunächst einmal angesprochen sind Eltern, dann aber auch alle Berufsgruppen, die mit Eltern und Kindern zusammenarbeiten, wie Kinderärzt*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen und -psychotherapeut*innen, Pfleger*innen, Psycholog*innen, Berater*innen, Sozialarbeiter*innen, (Heil-)Pädagog*innen, Ergotherapeut*innen, Physiotherapeut*innen, Seelsorger*innen.

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (Hrsg.): DHS Jahrbuch Sucht 2019. Lengerich: Pabst Science Publishers; ISBN: 978-3-95853-483-4; 20,00 Euro.

Mit dem Jahrbuch 2019 liefert die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. in gewohnter Form aktuelle Daten, Zahlen und Fakten zu Suchtstoffen und -formen, zu deren ge-

sundheitlichen und sozialen Folgen, den wirtschaftlichen Auswirkungen und den Leistungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland. Zusammengestellt sind aktuelle Statistiken zum Konsum von Alkohol, Tabak und Arzneimitteln, zum Glücksspiel, zu Delikten unter Alkoholeinfluss und zur Rauschgiftlage.

Anhand von Daten der Deutschen Suchtthelostatistik wird zudem über die Rehabilitation Suchtkranker informiert: Es wird ein Überblick über diagnostische Angaben zum primären Behandlungsanlass der Patienten und zu weiteren substanzbezogenen Störungen gegeben. Soziodemographische Merkmale (Alter, Beziehungsstatus, Erwerbssituation) und Angaben zu Behandlungsdauer sowie Erfolg der Behandlung werden gelistet. Weiterhin wird die Inanspruchnahme von Leistungen der Sucht-Rehabilitation durch die Deutsche Rentenversicherung im Zeitfenster 2010-2017 abgebildet und es werden Ergebnisse der Qualitätssicherung dargestellt wie berufliche Integration, Zufriedenheit der Betroffenen mit der Behandlung. Die diesjährigen aktuellen Sonderthemen lauten: Pathologischer PC-/Internetgebrauch als neues Störungsbild? und Sucht und Trauma. Auch dieser Ausgabe liegt ein Verzeichnis der Anschriften deutscher und europäischer Einrichtungen im Suchtbereich bei.

Physische und psychische Regeneration Drogenabhängiger in der stationären Rehabilitation: Wirkung von Bewegungs- und Sporttherapie

Ulrich Claussen, David Schneider, Viktor Bauer und Martin Hannus

Zusammenfassung:

Einleitung:

Positive Effekte von Sport und Bewegung auf die Gesundheit sind vielfach belegt und unstrittig. Bisher liegt allerdings wenig Evidenz für die Wirksamkeit sporttherapeutischer Angebote im Rahmen einer Rehabilitation Abhängigkeitserkrankter vor. Kann eine Verbesserung der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit erreicht werden?

Methode:

Eine anfallende Stichprobe von n=134 Patientinnen und Patienten wurde in einem Prä-Post-Vergleich hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit, objektiver Gesundheitskriterien und subjektiver Einschätzung untersucht.

Ergebnisse:

Es ergibt sich eine positive Veränderung der subjektiven Kriterien. Die körperliche Leistungsfähigkeit und die objektiven Gesundheitskriterien verbessern sich in allen Variablen signifikant und mit kleinen bis mittleren Effekten.

Schlussfolgerung:

Sporttherapeutische Interventionen wirken bei dieser heterogenen und multimorbiden Stichprobe und sind für die Patienten plausibel. Sport und Bewegung sind eine nutzbare Ressource bei Drogenabhängigen.

1. Einleitung

Bewegungs- und sporttherapeutische Angebote sind konzeptioneller Bestandteil jeder stationären Entwöhnungsbehandlung. Sie sind modular in das Gesamtangebot therapeutischer Maßnahmen eingebunden: Walken/Joggen, Radfahren, Teamsport, Fitness- und Kraftsporttraining, aber auch Angebote zur Verbesserung funktioneller Einschränkungen wie Wirbelsäulengymnastik sind neben suchtherapeutischen Angeboten sowie Angeboten zur beruflichen Orientierung integraler Bestandteil der rehabilitativen Behandlungsplanung (Deimel und Biernat, 2013). Die bewegungstherapeutischen Interventionen und die damit verbundene Förderung bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz (Sudeck/Göbener, 2015) gehören zu

den Standards, die von den Kostenträgern der stationären medizinischen Rehabilitation für Abhängigkeitserkrankte verlangt werden. Zentraler Baustein in Konzepten der Förderung der Gesundheitskompetenz ist die Bewegungs- und Sporttherapie.

Brüggemann (2015) hat in ihrem Vortrag „Bewegungstherapie aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherung“ auf der Fachtagung Bewegungstherapie im Januar 2015 die zentralen Ziele zusammengefasst, die mit der Bewegungs- und Sporttherapie aus Sicht der DRV verbunden werden:

- Förderung sportmotorischer Fähigkeiten (Ausdauer, Koordination, Kraft)
- Aufbau von Bewegungskompetenz, bzw. bewegungsbezogener Gesundheitskompetenz
- Vermittlung von körper- und bewegungsbezogenem Wissen
- Förderung eines positiven Bewältigungsprozesses im Umgang mit chronischen Krankheiten (Brüggemann, 2015)

Zur Etablierung wirksamer Angebote ist es erforderlich, positive Effekte der Bewegungs- und Sporttherapie als Bestandteil des rehabilitativen Gesamtangebotes nachzuweisen und zu dokumentieren.

In der wissenschaftlichen Literatur ist unstrittig, dass ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit besteht. Diesbezügliche Untersuchungen sind in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus gerückt (siehe Deimel, 2012). So konnte beispielsweise nachgewiesen werden, dass körperliche Aktivität zu einer Milderung von depressiven Zuständen beiträgt, deren Effekte mit denen vergleichbar sind, die durch die Vergabe von anti-depressiven Medikamenten erzielt werden (ebd.).

Ogleich der positive Einfluss von Sport und Bewegung auf die Gesundheit belegt ist, sind gezielte Untersuchungen zur Wirksamkeit der bewegungs- und sporttherapeutischen Interventionen im Fachdiskurs unterrepräsentiert. Betrachtet man die vielfältigen Schriften und Studien zu Behandlungseffekten stationärer Rehabilitation bei drogenabhängigen Patientinnen und Patienten, so fällt auf, dass Untersuchungen zum Einfluss physischer Regeneration im

Verlauf stationärer Behandlung und mögliche Zusammenhänge zur Verbesserung von Gesundheitszustand, Sicherung im Abstinenzleben sowie sozialer und beruflicher Reintegration bisher kaum vorgelegt wurden.

Fischer et al. (2017) berichten positive Effekte der abstinenten stationären Rehabilitation bei Drogenabhängigen mit Fokus auf der erzielten Abstinenz in der Einjahres-Katamnese. Hier finden sich weiter positive Effekte auf körperliche Gesundheit durch die stationäre Rehabilitation. Diese Effekte sind signifikant besser unter Abstinenz.

Steffanowski et al. (2005) untersuchten in einer Metaanalyse die Wirksamkeit psychosomatischer Rehabilitation. Sie fanden einen aggregierten Gesamteffekt von $d=0,47$ über die untersuchten 67 Studien hinweg, wobei Rehabilitanden mit einem höheren Bildungsniveau deutlich stärker profitierten ($Beta = 0,40$). Arbeitslosigkeit ist hingegen ein negativer Prädiktor für die katamnestischen Effekte ($Beta = -0,30$). In der vorliegenden Untersuchung beträgt der Anteil Erwerbsloser in der Patientengruppe 72%, der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Abschluss Realschule oder höher beträgt 22,2%, gegenüber 62,8% in der Bevölkerung (Claussen und Schneider, 2015). Für die hier untersuchte Patientengruppe sind daher deutlich geringere Gesamteffekte der Rehabilitation zu vermuten.

Fragestellung

Kann in der stationären Rehabilitation eine Verbesserung der körperlichen Leistungs- und Regenerationsfähigkeit bei Drogenabhängigen erreicht werden? Diese Frage soll mit sporttherapeutischer Leistungsdiagnostik in einem Prä-Post-Design untersucht werden. Wie stark sind die erzielten Effekte? Gibt es darüber hinaus differentielle Effekte bei verschiedenen Störungsbildern?

2. Methodik

Design

Es handelt sich um eine deskriptive Analyse einer anfallenden Stichprobe von drogenabhängigen Patientinnen und Patienten in

stationären Rehabilitationseinrichtungen des Vereins Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. in Frankfurt am Main. Die Daten wurden in den Einrichtungen Therapiedorf Villa Lilly (Bad Schwalbach) und der Therapeutischen Einrichtung Auf der Lenzwiese (Höchst-Hassenroth/Odenwald) erhoben. In beiden Einrichtungen wurde anhand von standardisierten Screening- und Testverfahren die körperliche Leistungsfähigkeit für die Bereiche Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kraft im Rahmen einer Prä-Post-Messung untersucht.

Es gab drei Zeitpunkte, zu denen Messungen vorgenommen wurden. Der erste Messzeitpunkt t1 lag zu Beginn der Rehabilitation, typischerweise innerhalb der ersten Woche der Reha und vor der Durchführung sporttherapeutischer Maßnahmen. Die zweite Messung t2 erfolgte 66 Tage später. Die dritte Messung t3 erfolgte in der Woche vor Entlassung aus der Rehabilitation. Diese dritte Messung erfolgte im Mittel nach 128 Tagen (Standardabweichung: 42 Tage). Zu den Zeitpunkten t1 und t3 erfolgte eine sporttherapeutische Untersuchung von Leistungskriterien (Beweglichkeit, Kraft, Koordination, Ausdauer und Anstrengungsempfinden), objektiven Gesundheitskriterien (Ruhe-, Belastungs- und Erholungspuls) und Selbsteinschätzungen (Fitness und Körperbild) für den Prä-Post-Vergleich. Zum Zeitpunkt t2 erfolgte eine Zwischenbefragung zur Zielerreichung und Motivierung für die weitere Teilnahme.

Interventionen

Die Patientinnen und Patienten nahmen während der Untersuchung durchgängig an der stationären Rehabilitation mit ihren interdisziplinären Angeboten teil. Die Behandlung erfolgte individuell mit ärztlichen, psychotherapeutischen, sozialtherapeutischen, arbeitstherapeutischen und sporttherapeutischen Interventionen. Insgesamt wurden pro Person und Woche ca. 20 Stunden therapeutische Leistungen erbracht, davon im Mittel 1,25 Stunden sporttherapeutische Angebote. Am gezieltsten in Richtung einer erhöhten körperlichen Leistungsfähigkeit wirken wahrscheinlich die sporttherapeutischen Angebote.

Stichprobe

Es wurden n=134 Patientinnen und Patienten aus beiden Einrichtungen in die Stichprobe aufgenommen. Davon waren 14 Frauen und 120 Männer, im Mittel 29,5

Tabelle 1: Hauptdiagnosen

Hauptdiagnose	Anteil
Cannabisabhängigkeit	35,6%
Stimulanzienabhängigkeit	25,5%
Opiatabhängigkeit	23,3%
Multipler Substanzgebrauch	15,6%

Tabelle 2: Aktueller Stand sportliche Betätigung

	Männer	Frauen	Gesamt
Treiben Sie gerne Sport?			
Gerne bis sehr gerne	90,7%	53,8%	87,1%
Ungerne bis sehr ungerne	9,3%	46,2%	12,9%
Haben Sie in den letzten sechs Monaten vor Therapiebeginn Sport getrieben?			
Nein	31,4%	61,5%	34,1%
unregelmäßig	30,5%	23,1%	29,5%
Regelmäßig bis sehr häufig	38,1%	15,4%	36,4%
Haben Sie früher gerne Sport getrieben?			
Nein	6,8%	38,5%	10,6%
unregelmäßig	22,0%	23,0%	22,0%
Regelmäßig bis sehr häufig	71,2%	38,5%	67,4%

Jahre alt. Kriterium für die Aufnahme in die Stichprobe war das Vorliegen zweier kompletter sporttherapeutischer Tests bei Aufnahme in die stationäre Rehabilitation und bei Entlassung. Weitere Auswahlkriterien gab es nicht. Die hauptsächlich behandelten Störungen waren Abhängigkeit von Cannabinoiden, Stimulantien und Opioiden (siehe Tabelle 1).

Tabelle 2 beschreibt, wie das Verhältnis der Patientinnen und Patienten zum Sport in der Vergangenheit war und in der Gegenwart ist. Während die Mehrheit ein positives Verhältnis zum Sport bekundet, wird in den letzten sechs Monaten ein anderes Verhalten angegeben. 34,1% der Gruppe geben an, in den letzten sechs Monaten keinen Sport getrieben zu haben. 29,5% taten dies unregelmäßig. Der Anteil der Frauen, die nicht oder unregelmäßig sportlich aktiv waren, ist gegenüber den Männern höher.

Instrumente

Es wurde eine sporttherapeutische Diagnostik eingesetzt, die die individuelle physische Leistungsfähigkeit anhand motorischer Funktionsbereiche überprüft und so Ergebnisse in den Bereichen Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination und Kraft liefert. Diese Leistungsdiagnostik deckt nicht nur konditionelle und koordinative Defizite auf, sondern offenbart auch Ressourcen, welche im therapeutischen Prozess genutzt werden können.

Nach Wydra (2000) dienen die diagnostischen Verfahren in der Bewegungs- und Sporttherapie der Beantwortung von Fragen, die für die Planung und Durchführung von bewegungs- und sporttherapeutischen Maßnahmen relevant sind. Sie können somit als ein Hilfsmittel für die Optimierung des therapeutischen Prozesses verstanden werden.

Die hier vorgestellte Basisdiagnostik des Arbeitskreises „Bewegungs- und Sporttherapie für Psychiatrie, Psychosomatik und

Sucht“ wurde auf der 2. Fachkonferenz dieses Arbeitskreises im Jahr 2013 erarbeitet. Als Grundlage wurden aus verschiedenen Kliniken bereits bestehende Diagnostiken verwendet und zu einer einheitlichen Basisdiagnostik für die Praxis zusammengefasst, um Daten und Erfahrungen austauschen zu können.

Die verwendeten standardisierten Testverfahren entstammen überwiegend der Motorischen Basisdiagnostik nach Bös, Karisch und Wydra (1992), einer Testbatterie sportmotorischer Screeningverfahren zur Aufdeckung von motorischen Auffälligkeiten bei Erwachsenen im Alter von 18-80 Jahren.

Der motorische Funktionsbereich Beweglichkeit wird zu Beginn der Diagnostik anhand der Testaufgaben „Rumpfbeuge“ und „Ausschultern an der Wand“ beurteilt (Baumeister et al., 2004). Die konditionelle Fähigkeit Kraft wird durch das „Rumpfaufrichten“ und den „Frontalen Unterarmstütz auf Zeit“ (Tschopp, 2003) gemessen. Als Koordinationstest wird in Anlehnung an den Gleichgewichtstest „GGT“ von Wydra (2000) das statische Gleichgewicht mittels „Einbeinstand mit geschlossenen Augen“ beurteilt. Abschließend wird die Ausdauerleistungsfähigkeit anhand des „modifizierten Harvard Step Test“ (Pölzer, 2015) ermittelt.

Ziel des Harvard Step Tests ist die Einschätzung der allgemeinen aeroben Ausdauer und der Kraftausdauer der Beinmuskulatur (Pölzer, 2015). Bei der verwendeten modifizierten Version des Harvard Step Tests wird die Stufenhöhe auf 30 Zentimeter standardisiert. Die Testperson muss 24 Mal in einer Minute mit beiden Beinen die Stufe auf- und absteigen (Beispiel: 1x = rechts rauf, links rauf, rechts runter, links runter). Dies entspricht einer Schrittfrequenz von 96 BPM. Die Belastungsdauer beträgt 3 Minuten. Gemessen werden per Herzfrequenzmesser der Ruhepuls im Sitzen vor der Belastung (RP), der Belastungspuls am Ende der 3 Minuten (BP) sowie der Erholungspuls eine Minute nach Testende (EP). Anhand dieser

drei Werte wird der Leistungsindex LI nach folgender Formel berechnet:

$$LI = (RP + BP + EP - 200) / 10$$

Der ermittelte Leistungsindex und damit die Ausdauerleistungsfähigkeit werden üblicherweise mit der Stichprobe der NFA Austria (Pölzer 2015) unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht verglichen. Die Werte der hier verwendeten modifizierten Version lassen den Vergleich mit diesen Daten nicht zu. Vielmehr werden die individuellen Veränderungen bezüglich der Ausdauerleistungsfähigkeit dargestellt.

Das subjektive Anstrengungsempfinden wird in Anlehnung an die Rating of Perceived Exertion Scale (RPE) von Borg (1990) ermittelt. Die RPE-Skala ist eine 15stufige Skala, mit der die Probanden ihr Anstrengungsempfinden von 6 Punkten = keinerlei Anstrengung bis 20 Punkten = maximale Anstrengung einstufen.

Neben den genannten Testverfahren beinhaltet die Basisdiagnostik einen Fragebogen, in dem anthropometrische Daten, eine kurze Sportanamnese, die Selbstschätzung der körperlichen Leistungsfähigkeit, das Körperbild sowie individuelle körperliche Beschwerden und Einschränkungen erfasst werden.

Die Erreichung bewegungs- und sporttherapeutischer Ziele (welche sich im Laufe der Therapie ändern können) wird zum Zeitpunkt t2 abgefragt. Aus dem Grad der Zielerreichung können Schlussfolgerungen für die weitere Gestaltung der Interventionen gezogen werden. Die subjektive Zielerreichung wird dichotom mit „erreicht“ oder „nicht erreicht“ beurteilt.

3. Ergebnisse

Zielerreichung Zwischenfragebogen t2

Unter den vier am positivsten bewerteten Zielen finden sich mit Stressbewältigung, körperlichem Wohlbefinden und Aktivie-

Tabelle 3: Zielerreichung t2

Haben Sie Ihre Ziele in der Sport- und Bewegungstherapie erreicht?	Anteil positive Antworten
Stressbewältigung	82,0%
Verbesserung der Gesundheit	79,1%
Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens	78,6%
Aktivierung	76,7%
Natur Erleben	74,3%
Körperliche Fitness	73,9%
Freizeitgestaltung	73,0%
Gruppenerlebnis	72,8%
Schmerzreduktion	53,6%
Gewichtsregulierung	46,4%

Tabelle 4: Testung Körperliche Leistungsfähigkeit (physische Regeneration)

MW=Mittelwert, SD=Standardabweichung in Klammern darunter

Teilstest	Operationalisierung	MW t1	MW t3	Differenz	Effektstärke (Cohen's d)
Beweglichkeit	Rumpfbeugen cm bis zum Boden	6,6	4,9	1,7	-0,24
		-7,6	-6,7		
Kraft	Frontstütz in Sekunden	83,1	111,6	28,5	0,64
		-40	-48,7		
Koordination	Einbeinstand links in Sekunden	10,1	13	2,9	0,49
		-4,8	-7		
Koordination	Einbeinstand rechts in Sekunden	10,2	13,4	3,2	0,58
		-4,7	-6,3		
Anstrengungsempfinden	Nach Borg [1]	11,3	10	-1,3	-0,57
		-2,3	-2,3		
Ausdauer	Modifizierte Variante des Harvard Step Test [2]	13,3	11,8	-1,5	-0,33
		-4,5	-4,5		

[1] Je geringer der Wert, desto geringer das Anstrengungsempfinden: 6 (Sehr, sehr leicht) bis 20 (Zu stark, geht nicht mehr).

[2] Da es sich bei dem verwendeten Screening-Verfahren um eine modifizierte Version des Harvard Step Test handelt, können die hier ermittelten Werte nicht den Werten der standardisierten Vergleichsgruppe gegenübergestellt werden. Vielmehr kann der Leistungsindex eine Orientierung ermöglichen und veranschaulichen, welche Werte entsprechenden Leistungsklassifikationen zugeordnet sind. Grundsätzlich gilt: Je höher der Zahlenwert desto schwächer die Leistung und umgekehrt Bestwert: 9 (sehr gut) schlechtester Wert: 18 (sehr schwach). Vergleichswerte S. Harvard Step Test der NFA Austria (Pölzer, 2015).

ung drei Zielbereiche, die als vorrangig psychische Variablen gesehen werden können. Dieses Ergebnis weist auf die positive Beeinflussbarkeit psychischer Variablen durch sporttherapeutische Interventionen hin (vgl. Deimel, 2012). Körperliche Variablen wie Schmerzreduktion oder Gewichtsregulierung werden subjektiv seltener erreicht. Möglicherweise sind hier Absetzeffekte der konsumierten Substanzen in Betracht zu ziehen. In der klinischen Beobachtung gibt es häufig eine Gewichtszunahme nach der Absetzung von Drogen. Schmerztoleranz, Regulierung von Appetit und basale Stoffwechselrate können durch Opiate, Cannabinoide, Kokain und Stimulantien erheblich beeinflusst werden.

Ergebnisse zum Behandlungsverlauf t1 – t3

In Tabelle 4 sind die Ergebnisse der Prä- und Post-Tests zusammengefasst. Für die Variablen Kraft, Koordination und Anstren-

gungsempfinden ergeben sich mittlere Effekte, für Beweglichkeit und Ausdauer ergeben sich kleine Effekte. Die mittlere Effektstärke beträgt d=0,48. Alle Effekte weisen in Richtung einer Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit im Untersuchungszeitraum. Für alle Variablen der körperlichen Leistungsfähigkeit wurden hoch signifikante Veränderungen erzielt (p<0,01 für alle Änderungswerte).

In Tabelle 6 werden die Pulswerte bei der Erst- und Zweit-Messung dargestellt. Der Puls gilt als besonders bedeutender objektiver Indikator zur Beurteilung des gesundheitlichen Zustands eines Menschen. Die Ergebnisse zeigen, dass auch die Pulswerte im Verlauf der Rehabilitation statistisch signifikant verbessert werden können (p<0,01 für alle Änderungswerte). Ruhepuls, Belastungspuls und Erholungspuls können allesamt reduziert und Richtung Normbereich verbessert werden. Hier können kleine bis mittlere Effektstärken erzielt werden.

Tabelle 5: Körperliche Leistungsfähigkeit, zweiseitige t-Tests für abhängige Stichproben

Teilstest	t	df	p
Beweglichkeit	3,152	111	< 0,01
Kraft	-9,96	131	< 0,001
Koordination	-6,065	134	< 0,001
Koordination	-5,103	133	< 0,001
Anstrengungsempfinden	6,661	118	< 0,001
Ausdauer	4,049	86	< 0,001

Tabelle 6: Prä-Post-Messungen Pulswerte

Pulswerte	MW t1	MW t3	Differenz	Effektstärke (Cohen's d)
Ruhepuls	82,9	76,9	-6	-0,44
	-14,1	-12,9		
Belastungspuls	146,8	140,6	-6,2	-0,35
	-17,3	-17,7		
Erholungspuls	104,8	97,8	-7	-0,33
	-20,2	-21,8		

Tabelle 7: t-Tests für abhängige Stichproben bezüglich der Pulswerte

Pulswert	t	df	p
Ruhepuls	5,054	130	< 0,01
Belastungspuls	5,35	129	< 0,01
Erholungspuls	4,425	130	< 0,01

Bei erwachsenen Menschen bewegt sich der Ruhepuls meist im Bereich zwischen 60 und 80 Schlägen pro Minute. Beim Eingangs-Test liegen die Patienten/innen mit 84,6 Schlägen pro Minute über dem Normwert. Bei der abschließenden Untersuchung (t3) liegt der durchschnittliche Puls mit 76,9 Schlägen pro Minute im Normbereich.

Sowohl der Belastungspuls als auch der Erholungspuls werden in die gleiche Richtung signifikant verbessert. Die Pulswerte sind objektiver Indikator für den Gesundheitszustand und bestätigen in unserer Untersuchung die gemessenen Leistungsverbesserungen im Übungsbereich Ausdauer.

Tabelle 8: Selbsteinschätzung Fitness und Körperbild

Selbsteinschätzung	t1	t3
Fitnesszustand positiv	53,80%	78,40%
Körperaussehen positiv	52,30%	71,10%

In Tabelle 8 sind die subjektiven Parameter Fitness und Körperbild im Vorher-Nachher-Vergleich dargestellt. Zu sehen ist eine positivere Wahrnehmung des eigenen Fitnesszustands sowie ein Anstieg der Zufriedenheit mit dem Körperaussehen.

4. Diskussion und Schlussfolgerungen für die Praxis

In allen Variablengruppen bildet sich übereinstimmend eine gesundheitliche Verbesserung ab. Die Leistungen in der sporttherapeutischen Untersuchung, objektive Parameter (Pulswerte) und subjektive Einschätzungen weisen übereinstimmend in Richtung eines positiven Effekts der stationären Rehabilitation auf die Leistungsfähigkeit bei Drogenabhängigen. Zudem erge-

ben sich meist mittlere Effektstärken, was auf eine gute Wirksamkeit der Interventionen hindeutet.

Bei der Beurteilung der Ausdauer anhand der Herzfrequenz muss hier jedoch angemerkt werden, dass diese durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden kann. Ein Anstieg der Herzfrequenz kann auch als Symptom eines Drogenentzuges auftreten. Daher ist darauf zu achten, dass bei Durchführung der Eingangsdiagnostik der körperliche Entzug abgeschlossen ist.

Mit der vorliegenden Arbeit sollten realistische Effekte im Mittel über alle Patientinnen und Patienten ermittelt werden, daher wurde das vorliegende Design mit einer anfallenden Stichprobe ohne Ausschlusskriterien gewählt. Mit einer stärker ausgewählten Stichprobe hätten sich die Effekte womöglich verbessern lassen. Die ermittelten Effektstärken werden sicherlich durch körperliche Erkrankungen, unterschiedliche Motivierbarkeit für sportliche Betätigung und unterschiedliche Inanspruchnahme sporttherapeutischer Angebote gemindert. Bei dieser heterogenen Stichprobe konnten gleichwohl kleine bis mittlere Effekte erzielt werden, was auf eine gute Wirksamkeit der Interventionen hindeutet.

Die mittlere Effektstärke $d = 0,48$ entspricht der von Steffanowski et al. (2005) gefundenen aggregierten Effektstärke in der psychosomatischen Rehabilitation $d=0,47$. Mit Hinblick auf Auswahl und Zusammensetzung der hier untersuchten Stichprobe sind allerdings deutlich geminderte Effekte zu erwarten gewesen. Auf welche Interventionen die erreichten Effekte allerdings genau zurückgehen, kann bei dem Design der vorliegenden Untersuchung nicht näher bestimmt werden. Ein dafür erforderliches Untersuchungsdesign mit isolierten Variablen oder ein Kontrollgruppendesign mit randomisierter Zuweisung erscheinen mit Hinblick auf die untersuchte Stichprobe

von schwer Drogenabhängigen in stationärer Rehabilitation wenig realistisch, so dass wir uns für dieses Design entscheiden und die methodischen Beschränkungen in Kauf genommen haben. Die hier gefundenen positiven Effekte können somit nicht ausschließlich der Sporttherapie zugeschrieben werden. Für eine isolierte Untersuchung der Wirksamkeit von Sporttherapie ist eine randomisierte und kontrollierte Studie wünschenswert.

Sporttherapeutische Maßnahmen werden von Drogenabhängigen in stationärer Rehabilitation mehrheitlich als hoch plausibel und unterstützend wahrgenommen. In der Zwischenbefragung zur Zielerreichung bilden sich diese Plausibilität und hohe Wirksamkeit deutlich ab. Die positivsten Bewertungen entfallen auf die Variablen Stressbewältigung und Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. Damit deutet sich auch ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität, z.B. durch Sporttherapie und psychischem Befinden an, der Gegenstand weiterer Untersuchungen an dieser Patientengruppe sein kann.

Die vorliegende Untersuchung ergibt auch, dass viele Drogenabhängige vor Beginn der Rehabilitationsmaßnahme ein positives Verhältnis zu Bewegung und Sport gehabt haben. Diese Ressource konnte aber auf Grund ihres Drogenkonsums und des damit verbundenen Lebensalltags oft nicht genutzt werden. Die Re-Aktivierung des Sportinteresses stellt folglich ein sinnvolles Therapieziel im Sinne einer Verbesserung von Aktivität und Teilhabe dar. Der messbare und damit nachweisbare Effekt der Verbesserung der physischen Leistungsfähigkeit kann die Veränderungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten über die Sporttherapie hinaus unterstützen und hat damit auch einen behandlungsmotivierenden Effekt. Bewegung und Sport werden oftmals als Ausgleich zum restlichen Therapieprogramm erlebt, weil Sport mit Freizeit verbunden wird. Dies kann als Ressource genutzt werden, um zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens zu motivieren. Inwieweit die erreichten Veränderungen in den Alltag übertragen werden können, ist noch gesondert zu untersuchen.

Ausblick

Die vorliegende Evaluation liefert nicht nur Erkenntnisse hinsichtlich der Grenzen und Möglichkeiten der Bewegungs- und Sporttherapie, sondern generiert zugleich auch das Erfahrungswissen, das für die Weiterentwicklung der bewegungs- und sporttherapeutischen Angebote nutzbar gemacht werden kann. Auf diskursiver Ebene wird der fachliche Austausch über die bewegungstherapeutischen Interventionen durch validierte Erkenntnisse forciert. In diesem Sinne hoffen wir mit dieser Untersuchung zur Weiterentwicklung der Bewe-

gungs- und Sporttherapie in sowie zur Bereicherung des fachlichen Diskurses beizutragen.

Erklärung der Autoren

Mit Erstellung oder Veröffentlichung dieses Textes sind keine konkurrierenden Interessen zu deklarieren.

Literatur

Baumeister, J., Bös, K., Knyrim, H., Tittlbach, (2004). Motorische Tests. In W. Banzer, K. Pfeifer & L. Vogt (Hrsg.), Funktionsdiagnostik des Bewegungssystems in der Sportmedizin (S. 71-86). Berlin: Springer.

Bös, K., Karisch, G. & Wydra, G. (1992). Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik. Erlangen: Perimed

Borg (1990) Psychophysical scaling with applications in physical work and the perception of exertion. *Scand J Work Environ Health* 1990;16(1):55-58

Brüggemann, S. (2015). Bewegungstherapie aus der Sicht der Deutschen Rentenversicherung - Sporttherapie, Physiotherapie und mehr. Beitrag präsentiert auf der Fachtagung Bewegungstherapien der medizinischen Rehabilitation, Erkner, Deutschland. Beitrag verfügbar unter https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/03_infos_fuer_reha_einrichtungen/_downloads/fortbildungen/Fachtagungen/Bewegung%202015/Fachtagung_Bewegungstherapie_Vortrag_Brueggemann.html

Claussen, U., Schneider, D. (2015) Soziale Folgen und Begleitumstände von Cannabis- und Opiatabhängigkeit. Beitrag präsentiert auf dem Deutschen Suchtkongress, Hamburg. Beitrag verfügbar unter https://jj-ev.de/images/lenzwiese/stories/Psychosoziale_Belastungen_Cannabis_Vergleich.pdf

Deimel, H. (Hrsg.) (2012) Facetten der Bewegungs- und Sporttherapie in Psychiatrie, Psychosomatik und Suchtbehandlung. Brennpunkte der Sportwissenschaft Band 33. St. Augustin: Academia.

Deimel, H.; Biernat, A. (2013) Sport und Alkohol – Bewegungs und Sporttherapie in der Rehabilitation von Abhängigkeitserkrankungen. In: *medical sports network* 8 (2013) 3, 46-50

Fischer, M., Kemmann, D., Domma-Reichert, J., Heinrich, J., Post, Y., Schulze, M., Susemihl, I., Tuchtenhagen, F., Kreutler, A., Missel, P., Weissinger, V., (2017) Ektivität der stationären abstinentenorientierten Drogenrehabilitation FVS- Katamnese des Entlassjahrgangs 2014 von Fachkliniken für Drogenrehabilitation. *Sucht aktuell* 1 2017, 71-78.

Pölzer, G. (2015). *Fitness in Theorie und Praxis*. Band 1. Altmünster: NFA Austria.

Steffanowski, A., Löschmann, C., Schmidt, J., Wittmann, W.W., Nübling, R. (2005): Metaanalyse der Effekte stationärer psychosomatischer Rehabilitation (MESTA-Studie). Unveröffentlichter Abschlussbericht. Mannheim: Universität Mannheim, Lehrstuhl Psychologie II / Hamburg: eqs.-Institut.

Sudeck Göbener (2015) http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Bund/de/Inhalt/2_Rente_Reha/02_reha/05_fachinformationen/03_infos_fuer_reha_einrichtungen/_downloads/fortbildungen/Fachtagungen/Bewegung%202015/Fachtagung_Bewegungstherapie_Vortrag_Brueggemann.html

gung%20Bewegungstherapie_Vortrag_Sudeck_Goehner.pdf?__blob=publication-File&v=3

Tschopp, M. (2003) Leistungsdiagnostik Kraft. Qualitätsentwicklung Sportmed Swiss Olympic. http://www.swissolympic.ch/Portaldata/41/Resources/03_sport/verbaende/sportmedizin/downloads/Leistungsdiagnostik/manual_leistungsdiagnostik_kraft_1_teil_d.pdf

Wydra, G. (2000). Eine problemorientierte Diagnosestrategie für die Sporttherapie. In K. Schüle & G. Huber (Hrsg.), *Grundlagen der Sporttherapie* (S. 91 - 100). München: Urban & Fischer.

Autoren:

Ulrich Claussen, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Geschäftsstelle, Frankfurt am Main
David Schneider, Jugendberatung und Jugendhilfe e.V., Geschäftsstelle, Frankfurt am Main
Viktor Bauer, Therapeutische Einrichtung Auf der Lenzwiese, Höchst-Hassenroth
Martin Hannus, Therapiedorf Villa Lilly, Bad Schwalbach

Korrespondenzadresse:

Ulrich Claussen
Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.
Gutleutstraße 160-164
60327 Frankfurt am Main
ulrich.claussen@jj-ev.de

Literaturhinweis

Moll, B., Thomasius, R.: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm für Jugendliche mit abhängigem Computer- oder Internetgebrauch. Göttingen: Hogrefe; ISBN 978-3-17-8017-2935-6; 34,95 Euro.

Die Vielfalt des World Wide Web begeistert viele Jugendliche und junge Erwachsene. Die Freizeit wird digital verbracht; in sozialen Netzwerken und Musikprogrammen und beim Spielen von Onlinerollenspielen, Adventure Games und Strategie- oder Shooterspielen. Es macht Spaß und fasziniert, neue Rollen auszuprobieren und vielfältige Identitäten zu leben. Doch die digitale Welt birgt auch Suchtgefahren. Im Juni 2019 hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Online-Spielsucht als Krankheit anerkannt. „Gaming Disorder“ wird somit im sogenannten ICD-11-Katalog erstmals als eigene Störung anerkannt. Für die WHO be-

ginnt die Problematik, wenn ein Mensch länger als ein Jahr lang alle anderen Aspekte des Lebens dem Spielen unterordnet, wenn er Freunde und Familie vernachlässigt, in der Schule, bei der Ausbildung oder im Job die Leistung abnimmt oder sich das Spielen sogar auf das Schlafen und die Ernährung auswirkt.

Das von Moll und Thomasius verfasste Manual ist in drei Teilbereiche gegliedert. Der erste Teil breitet die theoretischen Grundlagen aus und gibt eine aktuelle Einführung in das Thema der medienbezogenen Störungen unter Berücksichtigung des aktuellen Forschungsstandes zur Ätiologie, Komorbidität und Therapie. Der zweite Teil enthält die Manualinhalte, die für die Durchführung des Gruppenprogramms „Lebenslust statt Onlineflucht“, mit dem eine Gruppe von vier bis acht Teilnehmern zwischen 14 und 19 Jahren von einem dys-

funktionalen zu einem funktionalen Internetgebrauch hingeführt werden kann, benötigt werden. Teil III stellt schließlich die bisherige Evidenz für die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zur Behandlung von pathologischen Internetgebrauchs für das vorliegende Manual vor. Das Besondere des vorgestellten Programms ist die Ausrichtung der Interventionen auf die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen; eine CD-ROM liegt bei, ebenso Arbeitsmaterialien.

Die Zielgruppe sind psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen, Klinische Psycholog*innen, Psychologische Berater*innen, Psychiater*innen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen, Kinder- und Jugendpsychiater*innen, Kinderärzt*innen, Schulpsycholog*innen, Lerntherapeut*innen, Pädagog*innen sowie Sozialarbeiter*innen.

Prävention und Gesundheitsförderung für Kinder aus suchtbelasteten Familien. Ergebnisse eines systematischen Reviews

Peter-Michael Sack, Diana Moesgen, Michael Klein, Rainer Thomasius

1. Hintergrund

Kinder suchtkranker Eltern (KsE) sind beträchtlichen gesundheitlichen und psychosozialen Risiken ausgesetzt. Nach Klein (2005) hatten zu Beginn der 2000-er Jahre schätzungsweise 2.7 Millionen Kinder und Jugendliche in Deutschland wenigstens einen Elternteil, der eine alkoholbezogene Störung aufwies. Von weiteren 60.000 nahm man an, dass sie mit wenigstens einem Elternteil aufwuchsen, welcher illegale Substanzen konsumierte (*National Association for Children of Alcoholics* NACOA Deutschland, 2006). Eine aktuelle Studie des Robert-Koch-Instituts (2016) findet bei 22% der Eltern, die mit einem Minderjährigen in einem gemeinsamen Haushalt leben, riskanten Alkoholkonsum; dies läuft auf geschätzt 6.6 Millionen betroffene Kinder oder Jugendliche hinaus. Weitere 14% der Eltern dieser Studie berichteten episodisch exzessiven Alkoholkonsum („Binge drinking“), was 4.2 Millionen Kinder oder Jugendliche betrafte (Robert-Koch-Institut, 2016). Nach Daten der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland haben 8% aller Kinder und Jugendlichen mindestens einen Elternteil mit einer diagnostizierten Suchterkrankung; bei diesen Kindern fallen insgesamt 32% höhere Versorgungskosten an als in der Vergleichspopulation (Greiner, Batram, Damm et al., 2018).

Zu KsE aus alkoholbelasteten Familien liegen international mehr Studien vor als zu KsE aus Familien mit Konsum von illegalen Substanzen und Medikamenten – nicht allein epidemiologisch, sondern auch in Bezug auf ihre Lebenswelten und Gesundheitsrisiken. Aus Deutschland hingegen kommen wenig belastbare Daten, und auch dann bleibt unklar, wie viele Kinder und Jugendliche hierzulande tatsächlich betroffen sind (*Epidemiologischer Suchtsurvey*; Gomes de Matos, Atzendorf, Kraus & Piontek, 2016).

1.1 Entwicklungsrisiken

Für KsE ist ein erhöhtes Risiko nachgewiesen, im Erwachsenenalter selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln oder andere, mit Substanzgebrauch assoziierte Störungen (Rossow, Lambert, Keating & McCambridge, 2016; Weitzman & Wechsler, 2000). Dazu gehören bei den internalisierenden Störungen v.a. die depressiven und Angststörun-

gen, Anpassungsstörungen und Störungen der Emotionsregulation (Waldron, Martin & Heath, 2009; Hill, 2015), bei den externalisierenden Störungen Verhaltensstörungen, Zwangsstörungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen (Kendler, Ohlsson, Sundquist & Sundquist, 2016; Molina, Donovan & Belendiuk, 2010). Hinzu kommen Schulversagen, frühe sexuelle Kontakte und später wiederkehrende Beziehungsprobleme (Torvik, Rognum, Ask et al., 2011; Kelley, Braitman, Hanson et al., 2010).

KsE erfahren oft häusliche Gewalt sowie volatiles elterliches Verhalten (Instabilität, Unberechenbarkeit, Unkontrollierbarkeit im Umgang mit dem Kind), was für sie längere Phasen von psychologischem Stress bedeuten kann (Lam & O'Farrell, 2012). Neurobiologische Studien haben die Bedeutung frühkindlicher langzeitlicher Stressexposition und Misshandlung bestätigt: insbesondere Beeinträchtigungen des präfrontalen Cortex erklären Beeinträchtigungen in komplexeren Exekutivfunktionen, wie z.B. Sprachfähigkeit, Impulskontrolle, Handlungsplanung (Pechtel & Pizzagalli, 2011; Kavanaugh & Holler, 2014). Laut dem *National Comorbidity Survey* aus den USA begründen widrige Kindheitserfahrungen (u.a. häusliche Gewalt, substanzbezogene Störungen der Eltern, Vernachlässigung) bis zu 32% psychiatrischer Störungen im späteren Erwachsenenalter (Green, McLaughlin, Berglund et al., 2010). Weiterhin belastend sind die oft unsicheren finanziellen Verhältnisse in den Familien, die psychisch komorbiden Störungen der suchtkranken Eltern (Peleg-Oren & Teichman, 2006) sowie fehlende oder dysfunktionale Coping-Strategien bei den Kindern (Klein, 2018). In Deutschland haben Kinder aus alkoholbelasteten Familien eine um 24% erhöhte Wahrscheinlichkeit, nach Beendigung der Schule arbeitslos zu werden bzw. keinen Ausbildungsplatz zu erhalten (Routinedaten einer Krankenkasse; Effertz, 2015). KsE aus Familien tragen zusätzliche Belastungen, wenn beide Elternteile konsumieren, und wenn die Kinder bei elterlichem illegalem Substanzkonsum Charakteristika der Drogensubkultur miterleben wie z.B. Beschaffungskriminalität, Prostitution oder Strafverfolgung. Resultierende Gefühle der Ausgrenzung, Ohnmacht und sozialen Isolation sind für sie noch intensiver

als für Kinder aus alkohol- oder medikamentenbelasteten Familien (Moesgen, Klein & Dyba, 2017).

1.2 Schutzfaktoren auf individueller Ebene

Velleman und Templeton (2016) identifizierten protektive Faktoren auf Individualebene wie z.B. Bereitschaft zu aktivem Handeln, Selbstzuversicht, die Fähigkeit zu Selbst-Monitoring und Stress-Bewältigung, eigene Gefühle ausdrücken können, das elterliche Suchtproblem verstehen können, eine Balance finden zwischen Eltern-unterstützen und Für-sich-selbst-sorgen – allesamt Kompetenzen, wie sie auch unter den Resilienzbezug fallen (Sturzbecher & Dietrich, 2007). In ihrem Review kommen Modecki, Zimmer-Gembeck und Guerra (2017) dementsprechend zu dem Resultat, dass die Verlinkung von Emotionsregulation, Coping und Entscheidungskompetenz für präventive Interventionen zentral ist.

1.3 Umgebungsbezogene Schutzfaktoren

KsE weisen geringere Beeinträchtigungen auf, wenn nur ein Elternteil eine substanzbezogene Störung hat, die psychische Komorbidität der Eltern relativ gering ist, wenn ein entlastendes Vertrauensverhältnis zu einem anderen Familienmitglied besteht, und wenn es wenig Konflikte und Gewalttätigkeit in der Familie gibt (Park & Schepp, 2012; Velleman & Templeton, 2016). Zu den umgebungsbezogenen medierenden Schutzfaktoren gehören aber auch soziale Unterstützung und Modellverhalten durch Bezugspersonen *außerhalb* der suchtkranken Kernfamilie (Eiden, Lesart, Colder et al., 2016).

1.4 Hilfe-Ansätze

Im Gegensatz zum Hilfesystem der USA gibt es in Deutschland kaum evidenzbasierte Trainings- und Präventionsprogramme, die sich aus transgenerationaler Perspektive an Eltern mit substanzbezogenen Störungen richten (Moesgen, Klein & Dyba, 2017).

Es existieren allerdings verschiedene Möglichkeiten zur Unterstützung und Hilfe von suchtkranken Familien, v.a. in Form von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen für KsE. Im Allgemeinen wird dabei zwischen individuellen und strukturellen Maßnahmen unterschieden. Die

Maßnahmen des individuellen Ansatzes (z.B. Kurse, Trainings) gehören zur Verhaltensprävention. Strukturelle Ansätze begeben sich in die Lebensumfelder der Adressaten (Kindertagesstätten, Schulen, Betriebe) und sind im Regelfall Kombinationen aus Verhaltens- und Verhältnisprävention. Speziell im sog. Setting-Ansatz werden Maßnahmen nachhaltig institutionen- und lebensphasenübergreifend miteinander verknüpft.

1.5 Individuelle und strukturelle Interventionen

Ein Teil der *individuellen* Maßnahmen richtet sich an die Eltern von KsE, v.a. um deren dysfunktionales Erziehungsverhalten zu reduzieren (Moesgen, Klein & Dyba, 2017) und somit indirekt Entwicklungsrisiken der KsE zu reduzieren. Direkte Maßnahmen zielen auf *Empowerment* ab, d.h. sie sollen den KsE helfen, Gefühle der Hilf- oder Machtlosigkeit gegenüber der elterlichen Suchterkrankung zu überwinden, ihr Selbstwertgefühl zu entwickeln sowie Gestaltungsspielräume und Ressourcen zu erkennen und zu nutzen. Zu diesen Maßnahmen zählen in einem unspezifischen Sinne auch solche, welche sich an Kinder aus nicht suchtbelasteten Risikofamilien richten, das sind z.B. die Frühen Hilfen, die Sozialpädagogische Familienhilfe (SPFH) und andere Hilfen zur Erziehung (HzE).

Strukturelle Interventionen für KsE innerhalb von Kommunen sollten eine Kooperation zwischen verschiedenen relevanten Akteuren beinhalten, wie z.B. Suchtberatungs- und Präventionsstellen, Kinder- und Jugendhilfe, Schulen (und andere Bildungseinrichtungen), Kindergärten, Vereine und Verbände aus dem Bereich Sport und Freizeit, Kirchengemeinden, medizinische Einrichtungen, Familienzentren und andere Institutionen.

1.6 Präventionsketten

Die Zusammenführung von Aktivitäten im gesamten Setting Kommune leistet der Strukturansatz *Präventionskette*. Präventionsketten basieren auf der Zusammenführung kommunaler Netzwerke zur lebensphasenübergreifenden Förderung, Unterstützung, Beratung, Bildung, Betreuung, Partizipation und Schutz von Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Die Sicherung von Übergängen für das Kind und seine Familie zwischen Angeboten, Institutionen, Settings und über die Biografie von Kindheit und Jugend hinweg gehört dabei zu den wesentlichen Teilzielen. Das Konzept folgt dem Prinzip „Priorität der Partizipation“ und misst dem Kindeswillen der Heranwachsenden hohe Bedeutung bei (Richter-Kornweitz & Utermark, 2013).

Dem aktuellen Leitfaden Prävention (2017) zufolge sind Maßnahmen für KsE als ein Baustein in kommunale Projekte zu inte-

grieren, z.B. in Präventionsketten zur Gesundheitsförderung von Kindern. Im neuen Leitfaden wird außerdem nicht nur die körperliche Gesundheit, sondern auch die psychische Gesundheit von Kindern in den Fokus gerückt, z.B. über Resilienzförderung. Der Ansatz des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherungen (*GKV-Spitzenverband*) hierbei ist, die Kommunen darin zu unterstützen, eine nachhaltige Prävention und Gesundheitsförderung in eigener Verantwortung und aus eigenem Interesse umzusetzen (Leitfaden Prävention, 2017; Kapitel 4).

1.7 Ziele der vorliegenden Studie

Über einen systematischen Review sollen solche evidenzbasierte Präventions- und Gesundheitsförderungskonzepte identifiziert werden, die von den Krankenkassen in kommunalen Lebenswelten genutzt oder hierfür gemeinsam mit verantwortlichen Partnern weiter entwickelt werden können. Es sollen jedoch auch andere, d.h. partizipative sowie verhaltens- und verhältnisbezogene Ansätze berücksichtigt werden. Der verwendete Gesundheitsförderungsbegriff orientiert sich dabei am *Leitfaden Prävention* des GKV-Spitzenverbandes in Verbindung mit § 20 SGB V.

2. Methode

Zur Beantwortung der Studienfrage wurden Forschungs-Datenbanken zu internationalen Publikationen des Zeitraums 2000-2017 gesichtet. Für diesen systematischen Review wurden Studien über Interventionen für (v.a. 3- bis 14-jährige) Kinder aus suchtbelasteten Familien bzw. Familien mit Mehrfachrisiko in Augenschein genommen. Schulbasierte Programme wurden ausgeschlossen, sofern diese nicht explizit die genannten Risikogruppen adressierten. Das inkludierte Material umfasst ausschließlich Zeitschriftenpublikationen, dabei vorrangig Einzelstudien und Reviews zur struk-

turellen bzw. verhältnisbezogenen Gesundheitsförderung und Prävention, nachrangig Reviews zur individuellen bzw. verhaltensbezogenen Prävention. Die Suche wurde im November 2017 beendet; sie basierte auf den Begriffen “(parents OR families) AND (substance use OR substance abuse OR substance-affected OR substance use disorder) AND (child neglect) AND (primary prevention OR structural prevention OR community based prevention) AND (health promotion OR health literacy OR health education OR health communication OR health program OR health empowerment) NOT (HIV OR STI OR STD)”.

An Forschungs-Datenbanken wurde v.a. PubMed genutzt sowie CINAHL, Cochrane-Datenbanken, PSYINDEX und PubMed Health; für ergänzende Freihand-Suchen wurden öffentliche Datenbanken verwendet, v.a. Google Scholar. Mit der Recherche, Auswahl der Publikationen, der Prüfung der Evidenzniveaus und Feststellung der Empfehlungsgrade waren insgesamt drei Personen befasst. Alle Ratings wurden von je zwei unabhängigen Personen vorgenommen.

Studien zu verhaltenspräventiven Maßnahmen für KsE sind international reichlich publiziert, deswegen wurden hierzu in erster Linie Reviews überprüft und die dort inkludierten Studien näher bewertet. Für jede letztlich in das vorliegende Review aufgenommene Publikation wurde deren Studiengüte eingeschätzt, so dass Empfehlungsgrade für mögliche Anwendungen in Deutschland vergeben werden konnten. Das Vorgehen folgte den Kriterien der PRISMA-P Expertengruppe (*Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols*; Moher, Shamseer, Clarke et al., 2015).

Das Evidenzniveau der inkludierten Studien wurde nach den Kriterien des „Scottish Intercollegiate Guidelines Network“ beurteilt (SIGN, 2015). Die Empfehlung wurden nach dem GRADE-System zur Bewertung der

Tab. 1: Beurteilungskriterien für die Güte der inkludierten Studien. Bias kann z.B. eine zu kleine Stichprobengröße betreffen, Mängel an der statistischen Auswertung oder an den Messinstrumenten.

Evidenzniveau	
1++	randomisierte Studie bzw. Meta-Analyse nur mit randomisierten Studien
1+	randomisierte <u>oder</u> naturalistische Studie bzw. Meta-Analyse/Review mit randomisierten <u>und/oder</u> naturalistischen Studien
1-	Meta-Analyse oder systematischer Review auch mit sonstigen Studien aber mit Schwächen
2	naturalistische Studie, Kohortenstudie, Case-Control-Studie, Mixed-Methods (++ + -)
3	qualitative Studie (++ + -)
(++ + -)	++ kaum Bias / + etwas Bias / - deutlicher Bias
Empfehlungsgrade	
1++	A „Soll angewendet werden“
1+	B „Sollte angewendet werden“
1-	C „Kann angewendet werden“
2, 3	D „Sollte weiter beforscht werden“

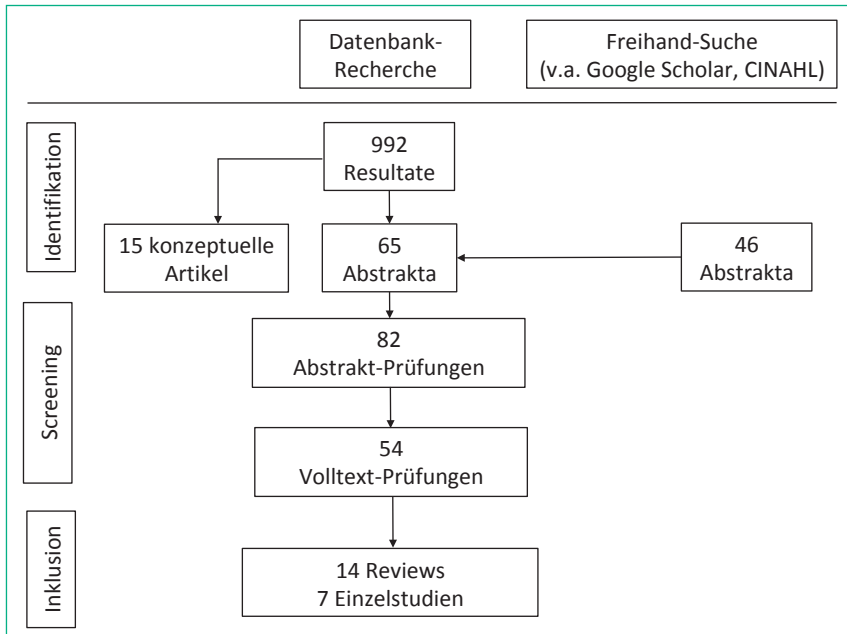


Abb. 1: Flowchart zur Literaturrecherche.

Qualität der Evidenz und zur Einstufung der Empfehlungsstärke im Rahmen von systematischen Reviews ermittelt (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*; Langer, Meerpohl, Perleth et al., 2012). Tabelle 1 zeigt die Kriterien im Überblick.

3. Resultate

Einen Überblick zur insgesamt ermittelten Literatur gibt *Abbildung 1*. Es wurden letztlich fünf Programme ermittelt, welche in Bezug auf individuelle Prävention den Empfehlungsgrad „1+ /B Sollte angewendet werden“, und eines mit dem Empfehlungsgrad „1++ /B Soll angewendet werden“ erhielten. Zum Programm „Trampolin“ (Klein, Moesgen, Bröning & Thomasius, 2013), waren die Evaluationsresultate zum Projektzeitraum noch nicht international publiziert, liegen inzwischen aber vor (Bröning, Sack, Haevelmann et al., 2019). Ferner wurden drei verhältnisbezogene Rahmenprogramme ermittelt, welche neben der elterlichen Abhängigkeitserkrankung auch Vernachlässigung des Kindes, Kindesmissbrauch und häusliche Gewalt adressieren; von ihnen erhielten zwei den Evidenzgrad D „Sollten weiterbeforscht werden“ und werden im Folgenden vorgestellt. Es gehen zwei Reviews auf kreative und körperliche Betätigung im Sinne von allgemeiner Gesundheitsförderung ein.

3.1 Individuelle Gesundheitsförderung und Prävention

Einzelstudien explizit zum Thema „Gesundheitsförderung bei Kindern suchtkranker Eltern“ konnten nicht ermittelt werden. Dies kann als Hinweis auf eine

geringe Forschungsaktivität und suboptimale Evidenzlage in diesem Bereich angesehen werden.

3.1.1 CHOICES und SMAAP

Die Programme CHOICES („Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success“; Horn & Kolbo, 2000) sowie SMAAP („Stress Management and Alcohol Awareness Program“; Short, Roosa, Sandler et al., 1995) erhielten die Empfehlung „1+ /B Sollte angewendet werden“.

CHOICES. Das Programm „Children Having Opportunities in Courage, Esteem and Success“ (CHOICES) richtet sich an KsE der 3. und 4. Schulklassen. Es hat die Verbesserung des Selbstwerts und des Sozialverhaltens der Kinder, die Vermittlung einer ablehnenden Einstellung zu Drogenkonsum und eine bessere Schulanbindung zum Ziel. In der manualisierten Programm-Komponente „School Support Group“ leitet ein Beratungslehrer über 11 Wochen Kleingruppen mit 6-8 Kindern. In der Komponente „Healthy Lifestyle Peer Mentors“ leiten zu Mentoren ausgebildete Kinder eine „School Support Group“, die ohne Erwachsene ganzjährig aktiv ist. Eine dritte Komponente bietet Nachhilfeunterricht und Hausaufgabenhilfe durch eine Lehrperson an (Horn & Kolbo, 2000).

SMAAP. Bei dem „Stress Management and Alcohol Awareness Program“ (SMAAP) handelt es sich um ein psychoedukatives Programm für Kinder von alkoholbelasteten Eltern. Erarbeitet werden Coping-Strategien, Erwartungen an Alkoholkonsum und Erhöhung des Selbstwerts der Kinder. Die Vermittlung der Inhalte findet mit Hilfe von speziellem didaktischem Material, Demons-

trationen, praktischen Übungen und Hausaufgaben statt. Es werden 8 Sitzungen einmal pro Woche in einer Gruppengröße von 6-8 Kindern durchgeführt. Die Anleitung der Gruppen wird durch intensiv ausgebildetes Personal übernommen, häufig Lehrer oder Schulsanitäter. Allen Stunden liegt ein festes Thema und Konzept zugrunde (Short, Roosa, Sandler et al., 1995).

3.1.2 Strengthening Families (SFP)

Das „Strengthening Families Program“ (SFP-Utah) (Maguin, Safyer, Nochajski et al., 2003) besteht aus der Utah-Version des von Kumpfer in den 1980er Jahren entwickelten SFP-Konzeptes für die Altersgruppe von 6-11 Jahren (Kumpfer & Alvarado, 2003). SFP-Utah ist zwar manualisiert, wird aber stets an die Gegebenheiten „vor Ort“ angepasst, so dass die Studienergebnisse schwierig generalisierbar sind. Die Empfehlung „1+ /B Sollte angewendet werden“ bezieht sich auf die Studiengüte. In der Version aus Iowa – „Strengthening Families Program: For Parents and Youth 10–14“ (SFP 10–14; www.strengtheningfamilies-program.org/) – ist SFP in Deutschland für eine Hochrisikogruppe von Kindern evaluiert worden (Bröning, Baldus, Thomsen et al., 2017), allerdings für Kinder aus sog. Brennpunktgebieten mit zusätzlicher psychischer Vulnerabilität und nicht explizit für KsE. Für die o.g. Studie (Maguin et al., 2003) wurden Familien rekrutiert, in denen mindestens ein Elternteil ein diagnostiziertes Alkoholproblem hatte und mindestens ein zwischen neun und zwölf Jahre altes Kind lebte. Das Programm ist verhaltensorientiert und hat das Ziel, die Ressourcen der Kinder zu stärken und das elterliche Erziehungsverhalten zu verbessern. Die 14 festgelegten Themen werden wöchentlich in nach Eltern und Kindern getrennten sowie nachfolgenden gemeinsamen Sitzungen von intensiv geschulten Gruppenleitern durchgeführt.

3.1.3 Focus On Families (FOF)

„Focus On Families“ (FOF; Haggerty, Skinner, Fleming et al., 2008) ist eine Mischung aus aufsuchender Familienarbeit und Psychoedukation und enthält somit auch Merkmale struktureller Prävention; es richtet sich gezielt an Familien, in denen mindestens ein Elternteil an einer Methadon-Substitutionsbehandlung teilnimmt. FOF wurde mit „1++ /B „Soll angewendet werden“ eingeschätzt. Das Programm „Focus On Families“ (FOF) richtet sich an Familien mit opiatabhängigen Eltern in Substitutionsbehandlung, bei denen mindestens ein Kind von 3-14 Jahren im gemeinsamen Haushalt lebt, aber erst Kinder ab 5 Jahren an den Sitzungen teilnehmen. Das Programm wurde zwischenzeitig in „Families Facing the Future“ umbenannt (<http://www.cebc4cw.org/program/families-facing-the-future/detailed>). Rekrutiert wur-

den 1999 von Catalano et al. Familien aus zwei Kliniken in Seattle, USA, und hier fanden auch 12 Jahre später Katamnese-Untersuchungen statt. Das Programm umfasst 32 Sitzungen (12 davon gemeinsam mit Kindern) von jeweils zwei Mal 90 Minuten über einen Zeitraum von 16 Wochen hinweg, eingebettet in eine 9-monatige häusliche Betreuung, welche bereits im Vorlauf zu den Familiensitzungen beginnt. Der Schwerpunkt liegt auf Elterntrainings, und FOF findet typischerweise im ambulanten klinischen Setting statt. Neben der Rückfallprävention bei den Eltern dient FOF der Verbesserung und Stabilisierung der Familienfunktionen. Bei den Kindern sollen Verhaltensauffälligkeit gebessert werden, welche Risikofaktoren für eine Entwicklung einer späten eigenen Suchtstörung sind. Die Sitzungen werden von trainierten Sozialarbeiterinnen und -arbeitern geleitet (Haggerty et al., 2008).

3.1.4 SEEK

Das Programm SEEK („Safe Environment for Every Kid“; Dubowitz, Lane, Semiatin, & Magder, 2012) stellt einen Spezialfall dar, da es in pädiatrischen Praxen bzw. Kliniken und somit an der Schnittstelle zur strukturellen Prävention angesiedelt ist. SEEK betrifft Familien mit Kindern zwischen null und fünf Jahren. Die hauptsächlichen Ziele sind Vermeidung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigungen, indem insbesondere das Fachpersonal besser ausgebildet wird und Kindern sowie Eltern bei Bedarf passende Hilfsangebote gemacht werden können. SEEK könnte einen wertvollen Beitrag innerhalb einer Präventionskette bilden. Es erhielt die Evidenzgraduierung „1+ / B Sollte angewendet werden“.

3.1.5 Trampolin

Das aus Deutschland stammende „Trampolin“-Programm (Klein et al., 2013; Bröning et al., 2019) wurde im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Modularisierte Hilfen für Kinder aus suchtbelasteten Familien“ entwickelt und evaluiert. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass „Trampolin“ sowohl das Verständnis der Kinder zum Geschehen in der Suchtfamilie und ihre eigene Rolle darin deutlich erhöht, insbesondere wird ihre psychische Belastung spürbar und nachhaltig zum Positiven hin verändert. „Trampolin“ erhält nach den hier verwendeten Kriterien den Empfehlungsgrad „1+ / B Sollte angewendet werden“. Das Programm wurde speziell für KsE konzipiert und adressiert die Altersgruppe der 8- bis 12-Jährigen. Es wird in neun Gruppensitzungen mit je 6-8 Kindern durchgeführt, zusätzlich werden zwei Elternabende angeboten. „Trampolin“ ist manualisiert, seine Module bauen inhaltlich aufeinander auf. Sie beinhalten u.a. das Erlernen effektiver Stressbewältigungsstrategien (gerade auch in Bezug auf Vorkommnisse der elterlichen

Suchtstörung), die Verbesserung des adäquaten Umgangs mit Emotionen, die Förderung eines erfolgreichen Hilfesuchverhaltens, Reduzierung der psychischen Belastung der Kinder durch Auflösung des Tabuthemas Sucht und Verbesserung des Kenntnisstands der Kinder zu den Wirkungen von Alkohol und anderen Drogen.

3.2 Strukturelle Gesundheitsförderung und Prävention

Aus den hier einbezogenen Reviews und Studien zur strukturellen Gesundheitsförderung und Prävention gingen zwei Programme hervor, die evidenzbasiert sind und zu denen eine Empfehlung ausgesprochen werden kann. Den Empfehlungsgrad „2- / D Sollte weiter beforscht werden“ erhielten „Communities That Care“ (CTC) und „Healthy Families America“ (HFA).

3.2.1 Communities That Care (CTC)

CTC ist ein gemeindebasiertes Präventionsprogramm, das Problemverhalten bei Kindern und Jugendlichen – i.d.R. Substanzkonsum, Gewalt, straffälliges Verhalten – adressiert. Eine Arbeitsgruppe aus lokalen gesundheitspolitischen Akteuren konstituiert sich als ein „community prevention board“, eine Art „rundem Tisch“, identifiziert Risiko- und Protektivfaktoren in der Gemeinde, die gezielt angegangen werden sollen, und setzt entsprechende Maßnahmen auch um. Die Ergebnisse aus den verschiedenen Evaluationsstudien zu CTC weisen in die gleiche Richtung: Dem Gebrauch legaler psychoaktiver Substanzen wird vorgebeugt, ebenso wie dissozialem (hier: straffälligem) Verhalten. Insgesamt wirkt CTC begrenzt präventiv, eine förderliche Wirkung lässt sich aufgrund der CTC-Auswertungsstrategie nicht ableiten, denn es wurde die Reduktion von Risiken überprüft, nicht die Erhöhung von Empowerment. Vereinzelte „Wirkungen“ von CTC halten bis zu 6 Jahre an. So berichten Hawkins, Oesterle, Brown et al. (2012) über Zehntklässler (15-17 Jahre alt) ein Jahr nach Beendigung der CTC-Förderung, d.h. 6 Jahre nach Implementierung von CTC: Das Risiko zu rauchen war bei den Zehntklässlern mit damaliger CTC-Teilnahme um 21% geringer als in den Kontrollgruppen. Nach sechs Jahren fanden sich keine Unterschiede im Alkoholgebrauch, im Medikamentenmissbrauch und Gebrauch illegaler Substanzen mehr. Dafür war bei den ehemaligen CTC-Zehntklässlern das Risiko für straffälliges Verhalten um 17% gesenkt und das Risiko für Gewalttaten um 25%. Aus Sicht der Prävention erhalte der CTC-Ansatz sicher die Empfehlung „B / Sollte angewandt werden“, aus Sicht von Gesundheitsförderung und Empowerment wäre jedoch nur ein Empfehlungsgrad „2- / D Sollte weiter beforscht werden“ zu geben. Für den deutschen Sprachraum gibt es auf <http://www.ctc-info.de/> ausführliche Informationen, auf europäischer Ebene ist

CTC über <http://www.ctc-network.eu/> vertreten.

3.2.2 Healthy Families America (HFA)

Die Zielgruppe dieses Rahmenkonzepts aufsuchender Familienarbeit sind werdende Eltern mit dem Risiko etwaiger Kindesvernachlässigung und/oder von Substanzmissbrauch. Die Kinder werden bis zum Lebensalter von 5-6 Jahren betreut. Die Rekrutierung erfolgt über Krankenhäuser, niedergelassene Kindermediziner oder Beratungsstellen; bei HFA-Teilnahme werden die Familien im Sinne von Case Management oder eines Lotsensystems ggf. bei Arzt- oder Behördenbesuchen begleitet. Die Betreuungsteams werden fortlaufend supervidiert. Die Teilnahmedauer am HFA-Programm wird mit den Familien individuell vereinbart und liegt bei 3-5 Jahren. Die HFA-Leitung bietet interessierten lokalen Initiativen und Gemeinden umfangreiche Unterstützung bei der nachhaltigen Implementierung an (<http://www.healthyfamiliesamerica.org/>). Geeraert, Van den Noortgate, Grietens und Onghena (2004) verglichen die durchschnittlichen Effekte an Besserungen in 17 HFA-Studien mit denen aus 33 anderen Studien. Sie berichten eine signifikante, aber kleine Effektstärke über alle Studien hinweg, die Effektstärken für HFA-Studien waren zwar leicht, aber nicht signifikant höher. Insgesamt lautet die Empfehlung „2- / D Sollte weiter beforscht werden“.

3.2.3 Kreative und körperliche Aktivitäten sowie Spielgruppen

Die folgenden Befunde betreffen Maßnahmen, die als gesundheitsförderlich für Kinder und Jugendliche allgemein angesehen werden können. Denn Förder- und Präventionsprogramme für Kinder enthalten i.d.R. kreative und/oder körperliche Aktivitäten als Bestandteile, diese erhalten insofern eine zusätzliche Berechtigung als Programmbestandteile für vulnerable Zielgruppen.

Kreative Aktivitäten. Im Review von Bunday und Vella-Burrows (2013) erwiesen sich Musik, Tanz, Theater, Singen und bildende Kunst als gesundheitsförderlich wirksam (mehr Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl, mehr gesundheitsrelevantes Wissen und mehr körperliche Aktivitäten). Kreativen Aktivitäten „an sich“, d.h. ohne fachliche Einbettung in einen Gesundheitskontext, kommt eine solche Förderlichkeit allerdings nicht zu („2+++ / D Sollte weiter beforscht werden“).

Körperliche Aktivitäten. Janssen und LeBlanc (2010) fanden in ihrem Review sechs Studien, welche einen förderlichen Effekt zwischen körperlichen Aktivitäten und gebesserten depressiven Symptomen berichteten („1- / B Sollte angewendet werden“). Diese Studien bekräftigen die Anliegen, bei

KsE vermehrt auf körperliche Aktivität zu achten, da diese ohnehin mehr Zeit sitzend vor dem Fernseher oder PC verbringen, sich insgesamt weniger bewegen und ein eher ungesundes Ernährungsverhalten aufweisen (Serec, Švab, Kolšek et al., 2012).

Angeleitete Spielgruppen. Aus qualitativen Studien von Jackson (2006) geht hervor, dass traumatisierte Kinder vom geschützten Setting der „supported playgroups“ profitieren, einem in Australien standardmäßig eingesetzten Programm, das stets von Fachpersonal durchgeführt wird (<http://www.earlychildhoodaustralia.org.au/>). Die betroffenen Familien sind meist mehrfach vulnerabel z.B. aufgrund häuslicher Gewalt, Substanzmissbrauch, oder auch Kriegseinwirkungen (im Fall von Flüchtlingsfamilien). Die Kinder sollen sich untereinander und gegenüber ihren Betreuern offen durch Sprache, Bewegung, und kreative Betätigung ausdrücken können. Die Studien von Jackson beziehen keine standardisierten Messinstrumente ein, die Empfehlung lautet darum „3++ /D Sollte weiter beforscht werden“.

4. Diskussion

4.1 Individuelle bzw. Verhaltensprävention

In der Recherche konnten zwar relevante evidenzbasierte Programme identifiziert werden, es sind jedoch keine deutschen Studien zu verhaltenspräventiven Maßnahmen zur Gesundheitsförderung publiziert, die im Sinne des Leitfadens Prävention (2017) verwertbar wären. Verschiedene Aspekte sollten deshalb in Zukunft evidenzgenerierend beforscht werden: So erscheint beispielsweise das Thema „gesunde Ernährung“ bei KsE, welches zu den Bereichen Empowerment und Gesundheitserziehung gehört, unterforscht. Viele KsE müssen sich aufgrund von elterlicher Vernachlässigung teilweise selbst versorgen, so dass (mehr) Wissen zu gesunder Ernährung und zu Bewegung wünschenswert wäre und darum Bestandteil der Betreuung von KsE sein sollte. Viele Präventionsangebote für KsE in Deutschland beinhalten bereits die Zubereitung und das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten. Kreative und körperliche Aktivitäten sowie Spielgruppen können für KsE sinnvolle unterstützende Maßnahmen sein. Die Bedingung dafür ist, dass diese Aktivitäten in ein entsprechendes Konzept eingebettet sind und durch Fachpersonal angeleitet werden. Für die Kontrollgruppe in der Trampolin-Studie z.B. (Bröning et al., 2019) traf dies zu; dementsprechend wies auch sie diverse Verbesserungen unter der Studie auf.

4.2 Strukturelle bzw. Verhältnisprävention

Evidenzbasierte verhältnispräventive Maßnahmen, die KsE zumindest einschließen,

sind in der publizierten Literatur selten. Es konnte lediglich ein verhältnispräventives Rahmenprogramm identifiziert werden, welches für KsE geeignet und evidenzbasiert ist, und zu dem eine Empfehlung ausgesprochen werden konnte: nämlich Communities That Care (CTC) mit dem Empfehlungsgrad „2- /D Sollte weiter beforscht werden“. Zu Healthy Families America (HFA) muss gesagt werden, dass die Güte ihrer Evaluationsstudien recht heterogen ist und die Studien z.T. veraltet sind (aus den 1970-er Jahren), so dass sie gegenwärtigen Standards nicht unbedingt genügen dürften (Geeraert et al., 2004). Zudem haben die Kernaktivitäten von HFA eine Entsprechung in den in Deutschland verbreiteten „Frühen Hilfen“.

4.3 Communities That Care (CTC)

CTC ist ein gemeindebasiertes Präventions-Rahmenprogramm, das Kinder und Jugendliche mit Problemverhalten – in der Regel Substanzkonsum, Gewalt, straffälliges Verhalten – sowie Familien mit multiplen Risikofaktoren adressiert. Es enthält partizipative Strukturen im Sinne des Präventionsgesetzes (Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention von 2015 – *PrävG*). CTC unterstützt übergeordnet kommunale Akteure und Netzwerke bei ihrer Entscheidung, welches die vordringlich zu bearbeitenden Faktoren (z.B. in „sozialen Brennpunkten“) sind. Passend zur örtlichen Situation können so bestehende Angebote verstärkt oder neue geeignete und wirksame Maßnahmen implementiert wie auch Präventionsketten initiiert werden.

CTC thematisiert außerdem für KsE inhaltlich hoch relevante Bereiche wie z.B. die Förderung der Eltern-Kind-Bindung, die weitere Inanspruchnahme von Hilfen sowie Maßnahmen zur Resilienzförderung. Die Förderung von Resilienz stellt wiederum Gesundheitsförderung im Sinne des *PrävG* (Empowerment) dar, so dass der Übertragbarkeit dieser Programme auf den deutschen Raum auch dahingehend ein besonderes Interesse gelten sollte. Dafür wären Transfer- und Implementierungsstudien für den deutschen Sprach- und Kulturraum nötig. Würde CTC bzw. ein für Deutschland spezifizierter CTC-Ansatz flächendeckend umgesetzt werden, sollte die Resilienz von Kindern wesentlich im Fokus stehen. Wünschenswert wären frühzeitige, koordinierte familien- und kindfokussierte Maßnahmen (Vimpani, 2005). Diese sollten sich nicht nur auf Frühe Hilfen (0-3 Jahre) beschränken, sondern alle Phasen von Kindheit und Jugend altersadäquat abbilden. Die Unterstützung der Eltern sollte zusätzlich ein wesentlicher Bestandteil sein – das elterliche Wohlbefinden und die Informationsvermittlung über den Umgang mit dem Kind müssen als wichtige Schwerpunkte erhalten bleiben (Arria, Mericle, Rollo et al. 2013).

Danksagung

Die Autoren danken F. Ganzer, S. Krivokapic und S. Kunze-Klempert für Ihre Mitarbeit an der originalen Studie (Thomasius & Klein, 2018). Sie wurde von der Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung (BZgA) gefördert unter der Projekt-Nummer 3.01 G im Auftrag und mit Mitteln der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20a SGB V. Der hier vorgelegte Review ist eine Überarbeitung zu Teilen dieser Studie.

Literatur

- Arria, A. M., Mericle, A. A., Rallo, D., Moe, J., White, W. L., & Winters, K. C. (2013). Integration of parenting skills education and interventions in addiction treatment *Journal of Addiction Medicine* 7 (1), 1-7.
- Bröning, S., Baldus, C., Thomsen, M., Sack, P.-M., Arnaud, N., & Thomasius, R. (2017). Children with elevated psychosocial risk load benefit most from a family-based preventive intervention: exploratory differential analyses from the German “Strengthening Families Program 10–14” adaptation trial. *Prevention Science*, 18 (8), 932-942.
- Bröning, S., Sack, P. M., Haevelmann, A., Wartberg, L., Moesgen, D., Klein, M., & Thomasius, R. (2019). A new preventive intervention for children of substance-abusing parents: results of a randomized controlled trial. *Child & Family Social Work*, 1-10.
- Bungay, H., & Vella-Burrows, T. (2013). The effects of participating in creative activities on the health and well-being of children and young people: a rapid review of the literature. *Perspectives in Public Health*, 133 (1), 44-52.
- Dubowitz, H., Lane, W. G., Semiati, J. N., & Magder, L. S. (2012). The SEEK model of pediatric primary care: can child maltreatment be prevented in a low-risk population? *Academic Pediatrics*, 12, 259-268.
- Effertz, T. (2015). *Die volkswirtschaftlichen Kosten gefährlichen Konsums: eine theoretische und empirische Analyse für Deutschland am Beispiel Alkohol, Tabak und Adipositas*. Frankfurt am Main: PL Academic Research (Imprint Lang).
- Eiden, R. D., Lessard, J., Colder, C. R., Livingston, J., Casey, M., & Leonard, K. E. (2016). Developmental cascade model for adolescent substance use from infancy to late adolescence. *Developmental Psychology*, 52(10), 1619-1633.
- Geeraert, L., Van den Noortgate, W., Grietens, H., & Onghena, P. (2004). The effects of early prevention programs for families with young children at risk for physical child abuse and neglect: a meta-analysis. *Child Maltreatment*, 9 (3), 277-291.
- Gomes de Matos, E., Atzendorf, J., Kraus, L., & Piontek, D. (2016). Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland: Ergebnisse des Epidemiologischen Suchtsurveys 2015. *SUCHT*, 62(5), 271-281.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010) Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication

- (NCS-R) I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
- Greiner, W., Batram, M., Damm, O., Scholz, S., & Witte, J. (2018). Kinder- und Jugendreport 2018. Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Familiengesundheit. *Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung*, 23.
- Haggerty, K. P., Skinner, M., Fleming, C. B., Gainey, R. R., & Catalano, R. F. (2008). Long-term effects of the Focus on Families project on substance use disorders among children of parents in methadone treatment. *Addiction*, 103(12), 2008–2016.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (2012). Sustained decreases in risk exposure and youth problem behaviors after installation of the Communities That Care prevention system in a randomized trial. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(2), 141–148.
- Hill, L. (2015). 'Don't Make Us Talk!' Listening to and learning from children and young people living with parental alcohol problems. *Children & Society*, 29(5), 344–354.
- Horn, K., & Kolbo, J. R. (2000). Application of a Cumulative Strategies Model for drug abuse prevention: exploring choices for high risk children. *Journal of Drug Education*, 30(3), 291–312.
- Jackson, D. (2006). Creating a place to 'be': unpacking the facilitation role in three supported playgroups in Australia. *European Early Childhood Education Research Journal*, 21(1), 77–93.
- Janssen, I., & LeBlanc, A. G. (2010). Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in school-aged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 7(1), 40.
- Kavanaugh, B., & Holler, K. (2015) Brief report: neurocognitive functioning in adolescents following childhood maltreatment and evidence for underlying planning & organizational deficits. *Child Neuropsychology*, 21(6)6, 840–848. doi: 10.1080/09297049.2014.929101
- Kelley, M. L., Braitman, A., Henson, J. M., Schroeder, V., Ladage, J., & Gumienny, L. (2010). Relationships among depressive mood symptoms and parent and peer relations in collegiate children of alcoholics. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(2), 204–212.
- Kendler, K.S., Ohlsson, H., Sundquist, K. & Sundquist, J. (2016). Cross-generational transmission from drug abuse in parents to attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Psychological Medicine*, 46(6), 1301.
- Klein, M., Moesgen, D., Bröning, S., & Thomasius, R. (2013). *Kinder aus Suchtfamilien stärken. Das „Trampolin“-Programm*. Göttingen: Hogrefe.
- Klein, M., Thomasius, R., & Moesgen, D. (2017). Kinder von suchtkranken Eltern – Grundsatzpapier zu Fakten und Forschungslage. In: Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung (Hrsg.), *Kinder aus suchtkranken Familien*. Berlin: Geschäftsstelle der Drogenbeauftragten.
- Klein, M. (2005). Kinder aus suchtkranken Familien. In: R. Thomasius & U. J. Küstner (Hrsg.), *Familie und Sucht. Grundlagen, Therapiepraxis, Prävention* (S. 52–60). Stuttgart: Schattauer.
- Klein, M. (2018). Suchtkranke Eltern – ein psychisches Risiko für Kinder. In Stachowske, R., & Möller, C. (Hrsg.), *Sucht und Abhängigkeit bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Ein Grundlagenwerk für die therapeutische Praxis* (S. 357–375). Kröning: Asanger Verlag
- Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *American Psychologist*, 58(6–7), 457–465.
- Lam, W. K & O'Farrell, T. J. (2012). Dynamics of substance-abusing families and implications for treatment. In: S. L. A. Straussner & C. H. Fewell (Eds.), *Children of Substance-Abusing Parents. Dynamics and Treatment* (2nd edit.) (pp. 49–75). New York, NY: Springer.
- Langer, G., Meerpohl, J. J., Perleth, M., Gartlehner, G., Kaminski-Hartenthaler, A., & Schünemann, H. (2012). GRADE-Leitlinien: Einführung. GRADE-Evidenzprofile und Summary-of-Findings-Tabellen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 106(5), 357–368.
- Leitfaden Prävention (2017). Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung der §§ 20, 20a und 20b SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 9. Januar 2017. Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp [Aug 2019]
- Maguin, E., Safyer, A., Nochajski, T. H., DeWit, D., & Macdonald, S. (2003). The impact of a family-based alcohol prevention program on children's externalizing behavior problems. [Abstract]. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, Supplement 56*, 27, 72A, Nr. 401.
- Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child Development*, 88(2), 417–426.
- Moesgen, D., Klein, M., & Dyba, J. (2017). Abhängigkeitserkrankungen und Elternschaft. Herausforderungen und Möglichkeiten der Hilfe. *Suchttherapie*, 18(02), 65–72.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L.A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1.
- Molina, B. S. G., Donovan, J. E., & Belendiuk, K. A. (2010). Familial loading for alcoholism and offspring behavior: mediating and moderating influences. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 34(11), 1972–1984.
- NACOA Deutschland (Hrsg.) (2011). *Hilfen für Kinder aus suchtkranken Familien. Ein Leitfaden für Ärztinnen und Ärzte sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen*. Berlin: NACOA Deutschland. [Original 2001: National Association for Children of Alcoholics (NACoA), *Helping children and adolescents in families affected by substance use*. A guide for health care professionals.] Verfügbar unter: https://nacoa.de/sites/default/files/images/stories/pdfs/%C3%84rztebroesch%C3%BCre_klein.pdf [Aug 2019].
- Oesterle, S., Hawkins, J. D., Fagan, A. A., Abbott, R. D., & Catalano, R. F. (2010). Testing the universality of the effects of the Communities That Care prevention system for preventing adolescent drug use and delinquency. *Prevention Science*, 11(4), 411–423.
- Park, S., & Schepp, K. G. (2015). A systematic review of research on children of alcoholics: their inherent resilience and vulnerability. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1222–1231.
- Pechtel, P., & Pizzagalli, D. A. (2011). Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*, 214(1), 55–70.
- Peleg-Oren, N., & Teichman, M. (2006). Young children of parents with substance use disorders (SUD): a review of the literature and implications for social work practice. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(1–2), 49–61.
- Richter-Kornweitz, A., & Utermark, K. (2013). *Werkbuch Präventionskette. Herausforderungen und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen*. Niedersachsen: Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V.
- Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2016). *Entwicklung von bundesweit aussagekräftigen Kennziffern zu alkoholbelasteten Familien*. Berlin: Robert Koch Institut. Verfügbar unter: [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg\[pubid\]=2914](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/drogen-und-sucht/details.html?bmg[pubid]=2914) [Aug 2019].
- Rossow, I., Lambert, F., Keating, P., & McCambridge, J. (2016). Parental drinking and adverse outcomes in children: a scoping review of cohort studies. *Drug and Alcohol Review*, 35(4), 397–405.
- Serec, M., Švab, I., Kolšek, M., Švab, V., Moesgen, D., & Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug and Alcohol Review*, 31(7), 861–870.
- Short, J. L., Roosa, M. W., Sandler, I. N., Ayers, T. S., Gensheimer, L. K., Braver, S. L., & Tein, J. Y. (1995). Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *American Journal of Community Psychology*, 23(2), 223–247.
- SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network) (2015). *SIGN 50: a guideline developer's handbook* (3rd ed.). Edinburgh, UK: SIGN.
- Sturzbecher, D., & Dietrich, P. S. (2007). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Kindesmiss-handlung und -vernachlässigung*, 10(1), 3–30.
- Thomasius, R., & Klein, M. (2018). *Literatur- und Datenbankrecherche zu Gesundheitsförderungs- und Präventionsansätzen bei Kindern aus suchtkranken Familien*. Berlin: GKV-Bündnis für Gesundheit. Verfügbar unter https://www.gkv-buendnis.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Bestandsaufnahme_Kinder-suchtkrankter-Fam_Thomasius_2018.pdf [Aug 2019]

- Torvik, F. A., Rognmo, K., Ask, H., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Parental alcohol use and adolescent school adjustment in the general population: results from the HUNT study. *BMC Public Health*, 11(1), 706.
- Velleman, R., & Templeton, L. J. (2016). Impact of parents' substance misuse on children: an update. *BJPsych Advances*, 22(2), 108-117.
- Vimpani, G. (2005). Getting the mix right: family, community and social policy interventions to improve outcomes for young people at risk of substance misuse. *Drug and Alcohol Review*, 24 (2), 111-125.
- Waldron, M., Martin, N. G., & Heath, A. C. (2009). Parental alcoholism and offspring behavior problems: findings in Australian children of twins. *Twin Research and Human Genetics*, 12(05), 433-440.
- Weitzmann, E. R., & Wechsler, H. (2000). Alcohol use, abuse, and related problems among children of problem drinkers: findings from a national survey of college alcohol use. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(3), 148-154.

Autoren

Dr. Peter-Michael Sack (Korrespondierender Autor)
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Fon: 040-7410-59359 / Fax: 040-7410-54090 / E-Mail: p.sack@uke.de

Dr. Diana Moesgen
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Katholische Hochschule NRW (KatHO)
Wörthstr. 10, 50668 Köln
Fon: 0221-7757-173 / Fax: 0221-7757-180 / E-Mail: d.moesgen@katho-nrw.de

Prof. Dr. Michael Klein
Deutsches Institut für Sucht- und Präventionsforschung (DISuP)
Katholische Hochschule NRW (KatHO)
Wörthstr. 10, 50668 Köln
Fon: 0221-7757-156 / Fax: 0221-7757-180 / E-Mail: mikle@katho-nrw.de

Prof. Dr. Rainer Thomasius
Deutsches Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters (DZSKJ)
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Fon: 040-7410-52206 / Fax: 040-7410-56571 / E-Mail: thomasius@uke.de

Literaturhinweise

Dhein, Y., Eiff, von W. (Hrsg.): Erfolgreiches Rehabilitationsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Kohlhammer; ISBN 978-3-1703-3124-2; 49,00 Euro.

Fachbücher für das Management von Rehabilitationseinrichtungen sind rar und das angesichts der Herausforderung, Reha-Einrichtungen in eine erfolgreiche und tragfähige Zukunft zu führen. Welche Rehabilitationskonzepte sind zukunftsfruchtig? Gibt es neben der ambulanten und stationären Rehabilitation weitere realisierbare und finanzierbare neue Wege der Rehabilitation, wie etwa TeleRehabilitation oder mobile Rehabilitation? Wie gehen der Gesetzgeber und die Kostenträger mit solchen neuen Wegen um?

An Zukunftsfragen mangelt es nicht, es gilt jedoch auch Antworten auf die Herausforderungen, die sich aktuell dem Reha-Markt und seinen Rahmenbedingungen stellen, zu geben. Der von Dhein und von Eiff herausgegebene Sammelband versucht all diese unterschiedlichen Aspekte aufzugreifen. Aktuelle Fragen der Digitalisierung werden ebenso fundiert behandelt, wie veränderte Anforderungen der sich weiterentwickelnden Medizin oder der Stellenwert von Forschung und Lehre in der Rehabilitation. Der zunehmende Personalmangel und die damit verbundenen Anforderungen an das Personalmanagement werden aufgegriffen, ebenso die zentralen Aspekte des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der medizinischen Rehabilitation und der Weiterentwicklung dieses Versorgungsbereichs

oder das Vertriebsmanagement und Marketing, um nur einige der vielen Themen anzusprechen.

Leitfaden des wegweisenden Buches sind die Zukunfts-Orientierung. Fragen, die es zu beantworten gilt, sind etwa: Wird Rehabilitation mit dem überkommenen Konzept der Rehabilitationsklinik überleben oder braucht es neue Ansätze? Und wie müssen die politischen Rahmenbedingungen weiterentwickelt werden, um Raum für zukunftsweisende Konzepte zu schaffen?

Seidler, G. H., Freyberger, H. J., Glaesmer, H., Gahleitner S. B. (Hrsg.): Handbuch der Psychotraumatologie. 3. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Klett Cotta; ISBN: 978-3-608-96258-1; 120,00 Euro.

Das Handbuch der Psychotraumatologie ist in einer neubearbeiteten und ergänzten Auflage erschienen. Es bietet eine systematische Zusammenfassung der in Forschung und Klinik gesammelten Erkenntnisse zum aktuellen Wissensstand im Bereich der Psychotraumatologie, einer Wissenschaft, die sich mit den Folgen und Möglichkeiten der Behandlung von psychischen Traumen befasst. Einschneidende, besonders gravierende Ereignisse wie Unfälle, Gewalt, Missbrauch, Misshandlung, eben schwere Schicksale und Katastrophen können zu seelischen Verletzungen führen. Damit verbunden können Reaktionen wie aufwühlende Erinnerungen, Schlafstörungen und erhöhter Reizbarkeit sein, die, wenn sie län-

gere Zeit andauern, sich in einer posttraumatischen Belastungsstörung manifestieren können. Die Psychotraumatologie erforscht, wann es zu derartigen Störungen kommt, wie diese frühzeitig erkannt werden können, und wie die Betroffenen Hilfe bei akuten und chronischen Belastungen bekommen können.

Die Psychotraumatologie ist ein Fachbereich, der im letzten Jahrzehnt einen hohen Wissenszuwachs verzeichnet. Die Therapie psychisch Traumatisierter erfordert Spezialkenntnisse. Das vorliegende Standardwerk bietet zum Themenfeld der Psychotraumatologie einen umfassenden Überblick. Gefolgt wird einer klassischen Gliederung in acht Abschnitten: 1. Psychologische und biologische Grundlagen der Psychotraumatologie, 2. die Traumatheorie in den Hauptschulen der Psychotherapie – historische Entwicklung, 3. Krankheitsbilder und Komorbiditäten, 4. Spezifische Ereignisfolgen, 5. Traumata in der Lebensspanne, 6. Trauma in gesellschaftlichen, kulturellen und medizinischen Kontexten, 7. Interventionen, 8. Schnittstellen von Psychotraumatologie und Justiz.

Konzipiert ist das Buch für Ausbildung und Praxis. Somit sind die Zielgruppen des Buches breitgefächert. Es richtet sich an: Psychotraumatolog*innen, Psychotherapeut*innen mit Trauma-Weiterbildung, Psychoanalytiker*innen, Psychiater*innen, Psycholog*innen, Führungskräfte und Mitarbeiter*innen in »Blaulichtberufen« und Beratungsstellen, Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen, Erzieher*innen sowie Studierende.

Peter Missel, Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut, langjähriges Mitglied des Vorstands des Fachverbandes Sucht e.V. † (Nachruf)

Peter Missel starb am 20.07.2019 nach längerer und schwerer Krankheit. Bis zuletzt hofften seine Familie und seine Freunde und Kollegen/innen bei jedem Anzeichen einer möglichen Besserung und letztlich vergebens. Mit seinem Tod trifft die Suchthilfe und Behandlungsszene in Deutschland ein herber Verlust – Peter Missel war über sein fast 40jähriges Wirken als Leiter der Psychologie und Psychotherapeut in den heutigen MEDIAN Kliniken Daun (Am Rosenberg, Thommener Höhe und Altburg) hinaus im besten Sinne als Lobbyist und Gestalter einer fachlich kompetenten, menschlich respektvollen und empirisch fundierten Suchtbehandlung engagiert und wirksam. Im Fachverband Sucht e. V. (FVS) hat er sich um die Dokumentation der Suchtrehabilitation und deren Wirkungsnachweis in besonderer Weise verdient gemacht und hat entsprechende Inhalte auch in nationalen Gremien für den FVS vertreten. Er wurde nicht müde, Qualität und Verbindlichkeit einzufordern, junge Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen und ihnen Freude und Wirksamkeit im gewählten Arbeitsbereich zu ermöglichen sowie gute Rahmenbedingungen für die Suchtbehandlung, aber auch deren Finanzierung und die Anerkennung von Sucht als psychische Erkrankung zu forcieren. Dabei erwarb er sich über die Jahre einen unvergleichlichen Status als Experte, aber auch als unbeugsamer Verhandler, der nicht nachließ, sich einzusetzen für das, was er selbst als richtig empfand und für was er stand. Strategie und Taktiker zugleich konnte er in zielführender Weise in der Situation auch schon mal einen Schritt zurückgehen, falls erforderlich, ohne das Ziel aus den Augen zu verlieren, um an anderer Stelle, z.B. durch seine bekannt-berühmten kurzen Statements, den Kern eines Themas in den

Raum zu stellen. Dabei verlor er selten das Augenmaß – Unverbindlichkeit und Willkür hasste er und konnte in solchen Situationen auch vehement werden.

Peter Missel war stolz darauf, Psychologe und Psychotherapeut zu sein. Er förderte die Einbeziehung psychotherapeutischer Methoden in die medizinische Rehabilitation bei Abhängigkeitsstörungen, sowohl in der Konzeptentwicklung als auch in der konkreten Umsetzung der Behandlung. Er glaubte an die notwendige empirische Überprüfung von Behandlungsbausteinen und Interventionen – auch im Respekt vor den anvertrauten Menschen. Er baute ein Ausbildungsinstitut für psychologische und ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf (Eifeler Verhaltenstherapieinstitut EVI Daun) und erlebte noch den Erfolg der Erweiterung des Instituts und der angeschlossenen Fachambulanz in Köln. Er beriet unprätentiös und mit Blick für wirtschaftliche Zusammenhänge die Verantwortlichen, die ihn schätzten – egal ob in Klinik, Ambulanz, bei Kosten- und Leistungsträgern, im Fachverband Sucht, dem er jahrelang als Vorstandsmitglied angehörte, der Deutschen Gesellschaft für Suchtpsychologie, deren Gründungsvorstand er angehörte und die er in den letzten Jahren als Vorstandsvorsitzender führte und als Mitglied zahlreicher Ausschüsse und Arbeitsgruppen, die alle seinen Sachverstand und seine Verbindlichkeit sowie seinen unermüdlichen Fleiß schätzten.

Im Jahre 2017 wurde ihm von der Bundespsychotherapeutenkammer der Diotima-Preis verliehen – eine Ehrung, die ihm viel bedeutete, wie er mir sagte. Er verstand dies als Anerkennung seines beruflichen und psychotherapeutischen Engagements zugunsten von Patientinnen und Patienten

sowie gleichermaßen von Kolleginnen und Kollegen, insbesondere in der Suchtbehandlung. Ihn, dem akademische Ehren sonst wenig imponierten, rührte diese Ehrung für sein ganzheitliches Bemühen und die erreichten Erfolge ganz besonders.

Wir verlieren mit Peter Missel einen einfühlsamen, humorvollen und einzigartigen Menschen, einen verlässlichen, leistungsstarken und engagierten Kollegen, einen wirkungsvollen und überzeugten Mitstreiter für die Sache und eine Person mit Herz und Verstand. Danke dafür, dass wir gemeinsame Wegstrecken gegangen sind.

Prof. Dr. Wilma Funke

(gemeinsam unterwegs: 1982–2019)

*Stv. Vorsitzende des Fachverbandes Sucht e. V.
wilma.funke@median-kliniken.de*

Wir danken Wilma Funke – als Stellvertretende Vorsitzende des Fachverbandes Sucht e. V. – ganz herzlich für diesen persönlichen Nachruf, der die vielfältigen Leistungen von Peter Missel würdigt.

Peter Missel war vom 25. September 1997 bis zum 20. Juli 2019 Mitglied des Vorstands im Fachverband Sucht e.V.

Er hat die Arbeit des Verbandes durch sein unermüdliches Engagement und seine fachlich hervorragenden Beiträge maßgeblich mit geprägt und weit über seine klinische Tätigkeit hinaus auf vielen Ebenen im Bereich der Suchtbehandlung und Suchtkrankenhilfe bundesweit gewirkt. Dafür danken wir ihm von ganzem Herzen und werden ihn in guter Erinnerung bewahren.

*Vorstand und Geschäftsführung
des Fachverbandes Sucht e.V.*

32. Heidelberger Bundeskongress des Fachverbandes Sucht e.V.

„analog – digital: Herausforderungen für die Suchtbehandlung“

26.–28. Juni 2019, Stadthalle Heidelberg

– Pressestatement

Die Digitalisierung verändert zentrale Bereiche unserer Gesellschaft mit unglaublicher Geschwindigkeit. Das deutsche Gesundheitswesen – und damit auch die Suchtkrankenhilfe und -behandlung – stehen vor tiefgreifenden Herausforderungen, womit erhebliche Chancen, aber auch Risiken verbunden sind. Digitalisierung wird zum einen als Hoffnungsträger bewertet, durch welche

- noch nicht absehbare Möglichkeiten zur Diagnostik, Betreuung und Behandlungshilfen eröffnet werden,
- sich zusätzliche Möglichkeiten eröffnen, mit dem medizinisch-therapeutischen Fachkräftemangel insbesondere in unterversorgten Regionen umzugehen,
- die Gesundheit und das Wohlergehen, etwa bei psychischen Problemlagen und Störungen, durch niedrigschwellige Online-Informations- und Beratungsportale zielgruppengerecht gefördert werden können.

Derartige digitale Angebote lassen sich nicht nur im Bereich der Prävention und Frühintervention nutzen, sondern sie lassen sich auch mit bestehenden analogen Behandlungsangeboten und -strukturen vernetzen.

Auf der anderen Seite entstehen vielfältige Herausforderungen hinsichtlich der Digitalisierung. So stellt sich – auch vor dem Hintergrund der mit dem Internet verbundenen Aufhebung nationaler Grenzen – die Frage nach der Qualitätssicherung und Wirksamkeit entsprechender gesundheits- und suchtbbezogener Online-Angebote. Des Weiteren ist eine zentrale Frage, wie die Abgrenzung und Vernetzung zwischen Online-Beratung und analoger Behandlung sinnvollerweise erfolgen kann. Hierzu gibt es im internationalen Bereich unterschiedliche Handhabungen und Sichtweisen, wobei fachliche, ethische, ökonomische und versorgungsspezifische Aspekte eine Rolle spielen.

Die Chancen der Digitalisierung nutzen aktuell insbesondere auch Unternehmen, die

ursprünglich nicht aus dem Gesundheitswesen stammen, beispielsweise Google und Microsoft. Damit verbunden ist die Frage, ob angesichts der wachsenden Bereitschaft zur Freigabe immer intimerer Daten, insbesondere von solchen, die auch das Wohlergehen und die psychische Gesundheit betreffen, neue ethische Regeln und daran orientierten Rahmenbedingungen für die virtuelle Welt definiert werden müssen.

Auch das Suchthilfe- und Behandlungssystem steht somit vor enormen Herausforderungen.

Der Fachverband Sucht e.V. möchte mit folgenden grundsätzlichen Zielsetzungen zum Thema „Digitalisierung des Gesundheitswesens und der Suchtkrankenhilfe/-behandlung“ dazu beitragen, dass entsprechende Entwicklungen zum Nutzen der Menschen eingesetzt und zusätzliche Chancen eröffnet werden.

Denn die Nutzung von Online-Medien ist in diesem Bereich letztlich nur ein weiteres Mittel zum Zweck der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und des körperlichen, seelischen und geistigen Wohlbefindens der Menschen.

Ziel 1
Digitalisierung ist so einzusetzen, dass sie die Selbstbestimmung des/der Patienten/in und die Nachhaltigkeit von Interventionen und Teilhabechancen fördert.

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung über die eigenen Daten ist als grundlegendes Persönlichkeitsrecht zu wahren. Hier sind insbesondere die Politik, aber auch die Entwickler und Anwender digitaler Medien gefordert, entsprechende Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die erforderlichen datenschutzrechtlichen und ethischen Grundlagen eingehalten und der Missbrauch im Umgang mit persönlichen Daten unterbunden wird. Denn wer die Daten hat, hat die Macht.

Digitalisierung ermöglicht auf der anderen Seite die direkte Zurverfügungstellung relevanter gesundheitsbezogener Informationen, den Einsatz von einfach zugänglichen Screening- und Diagnoseverfahren, die direkte Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikationswege zwischen Patient/in und Behandler sowie die Brückenbildung an den Schnittstellen der Versorgungs- und Behandlungssysteme, wie auch die Verknüpfung von Präventions-, Beratungs-, Therapie- und Nachsorgeangeboten. Zudem können dadurch die höhere Informiertheit der Patienten/innen sowie ihre Selbstbestimmung gestärkt und die Nachhaltigkeit von Interventionen unterstützt werden.

Ziel 2
Digitalisierung soll so eingesetzt werden, dass die Ärzte/innen/Therapeuten/innen-Patienten/innen-Beziehung gestärkt und die Gesundheit der Patienten/innen tatsächlich verbessert wird.

Internetbasierte Interventionen bieten das Potenzial, zur Verbesserung der psychischen Gesundheit breiter Bevölkerungsschichten beitragen zu können und Menschen in unterversorgten Gebieten zu erreichen. Online-Medien ermöglichen einen niedrigschwelligen und zeitunabhängigen Zugang von Menschen zu gesundheitsrelevanten Informationen.

Angesichts einer Vielzahl gesundheitsbezogener Online-Angebote ist es aber dringend geboten, eine Qualitätssicherung der Informationsplattformen und damit der Präventions-, Interventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote im Internet zu gewährleisten. Beispielsweise ist es erforderlich, internetbasierte Selbstmanagementprogramme – auf Basis entsprechend zu erfüllender Güte- und Qualitätskriterien – für ihren Einsatz in der Prävention und Behandlung psychischer Störungen zu überprüfen.

Vertrauenswürdige Seiten sollten als Orientierungshilfe für den Gebraucher von einer dazu autorisierten Stelle ausgewiesen werden.

Ziel 3**Digitalisierung soll dazu beitragen, die Evidenzbasierung einer inter- und multiprofessionell ausgerichteten Behandlung zu fördern.**

Es lassen sich online-basierte Unterstützungssysteme entwickeln, die immer den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis nutzen. Zudem können bei Bedarf auch externe Experten/innen im Rahmen einer Behandlung hinzugezogen werden oder evidenzbasierte Apps im Rahmen der Früherkennung (z.B. Hautkrebs, alkoholbezogene Störungen) genutzt werden.

Durch die Verknüpfung wissenschaftlicher Studienergebnisse mit alltagsbezogenen Daten können systematische Zusammenhänge bezüglich des Nutzens einer Behandlung, ihrer Risiken, den Wechselwirkungen (z.B. von Medikamenten) oder auch Zusammenhänge zwischen Lebensqualität, psychischem Befinden und sozialer/beruflicher Teilhabe untersucht werden. Im Bereich der Suchtkrankenhilfe, -behandlung eröffnen sich hierdurch beispielsweise neue Möglichkeiten zur Rückfallprophylaxe im alltäglichen Leben.

Ziel 4**Qualitätsgesicherte digitale Angebote sollten auf der einen Seite Eingang im Rahmen der Prävention und Diagnostik, wie auch in die ärztliche und therapeutische Versorgung finden. Die zunehmende Technisierung erfordert auf der anderen Seite eine Rückbesinnung auf die heilende Kraft menschlicher Nähe und Zuwendung sowie der unmittelbaren persönlichen Begegnung.**

Interaktive Apps, Smartphone-gestützte Angebote etc. können zur Stärkung der

Arzt-Patienten-Beziehung und zur Förderung eines partizipativen Behandlungsprozesses auf Basis einer entsprechenden Gesundheitskompetenz der Patienten/innen beitragen. Der Mensch ist aber von seinen Grundbedürfnissen und seinen Sinnen her auf den unmittelbaren Kontakt zu anderen Menschen angelegt und ist somit ein soziales Wesen. Digitale Medien sind von daher kein Ersatz für die direkte menschliche Begegnung, denn nur im unmittelbaren Kontakt ist z.B. körperliche Berührung möglich oder werden alle Sinne (incl. Riechen) und unsere Gefühlswelt in umfassender Weise angesprochen.

Zukunftsweisend ist eine Verknüpfung der verschiedenen Angebotsformen. So bietet Blended Intervention die Möglichkeit der Kombination internetbasierter Interventionen mit der Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt (z.B. psychiatrisch, psycho-/suchttherapeutisch). Es sind hierbei unterschiedliche Intensitätsabstufungen hinsichtlich der jeweiligen persönlichen Beteiligung der Therapeuten/innen, Ärzte/innen möglich. Angesichts der vielfältigen Möglichkeiten, die sich im Rahmen der Digitalisierung eröffnen, ist der kluge Einbezug digitaler Angebote in bestehende analoge Behandlungsstrategien gerade bei psychischen und suchtbezogenen Störungen die entscheidende Herausforderung für die Zukunft. Von daher ist wissenschaftlich zu prüfen, ob die Nutzung eigenständiger bzw. zusätzlicher Online-Angebote letztlich auch zur Verbesserung der Versorgung beiträgt und einen Mehrwert für den/ die Patienten/in bedeutet.

Evidenzbasierte Online- bzw. analoge und digitale Kombinationsangebote (z.B. zur Prävention, zur Behandlung von Depression, Angststörungen) sollten bei Erfüllung

entsprechender Qualitätsanforderungen für entsprechende Zielgruppen (z.B. Lebensalter) und durch Studien belegter Indikationsstellung (z.B. Schweregrad einer Störung) für betroffene Menschen zugänglich gemacht werden und auch im Rahmen der Regelversorgung vergütet werden.

Bei einer voll ausgebildeten psychischen Störung muss auch zukünftig die Gesamtverantwortung für die Behandlung bei einem/r approbierten Psychotherapeuten/in oder Facharzt/Fachärztin liegen. Wirksame Behandlungsansätze der medizinischen (Sucht-)Rehabilitation als Komplexbehandlung mit vielfältigen Modulen sind auch zukünftig erforderlich. Online-basierte Angebote bieten hier insbesondere die Möglichkeit, im Vorfeld und im Anschluss an die Behandlung zur Verbesserung der Übergänge (Vorbereitung, Nachsorge etc.) beizutragen.

Korrespondenzadressen:

*Dr. Monika Vogelgesang
Mitglied des Vorstands des Fachverbandes Sucht e.V.
Chefärztin
MEDIAN Klinik Münchwies
Turmstraße 50-58
66540 Neunkirchen/Saar
monika.vogelgesang@median-kliniken.de*

*Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
v.weissinger@sucht.de*

Literaturhinweis

Reddemann, L., Joksimovic, L., Kaster, S. D., Gerlach, Chr.: Trauma ist nicht alles. Stuttgart: Klett Cotta; ISBN: 978-3-608-89241-3; 25,00 Euro.

Der Untertitel des Buches lautet: Ein Mutmach-Buch für die Arbeit mit Geflüchteten. Dies fasst den Tenor des Buches zusammen. Das Buch soll professionelle und ehrenamtliche Helfer ermutigen, Unterstützung und Begleitung für geflüchtete Menschen anzubieten. Der Grundtenor dabei ist, dass nicht Expertentum und Spezialkenntnisse in erster Linie von Bedeutung sind, sondern die Bereitschaft zu Begegnungen auf Augenhöhe. Es geht darum, Mitgefühl sowie echtes Interesse am Gegenüber und seinen Erzählungen zu zeigen, um Ermutigung und Beruhigung, um eine Offenheit sich auf

Fremdes einzulassen und darum, ungewohnte Erfahrungen zu zulassen. Somit sind es nicht nur die Handlungen, sondern es ist die Haltung, mit der sich Menschen begegnen. In den letzten Jahren haben sich zahlreiche Professionen – im Rahmen von Richtlinien- Psychotherapie, niederfrequenter Psychotherapie, Krisenintervention, psychiatrischer Beratung und Behandlung, sozialtherapeutischer Beratung und Begleitung –, aber auch sehr viele Freiwillige in der Begleitung von Geflüchteten engagiert. Für diese Menschen ist es ein inneres Bedürfnis, Mitmenschen in Not beizustehen, aktive Hilfe anzubieten, gemeinsam mit anderen etwas zu schaffen, was Sinn macht. Das multiprofessionelle Autorenteam kommt aus verschiedenen Fachbereichen, wie der Neurologie, Psychologie, Psycho-

therapie, Psychosomatik, Traumatherapie, Logopädie und aus unterschiedlichen beruflichen Kontexten, wie Klinik, Praxis, Beratungsstellen. Die Autoren berichten aus ihrer langjährigen Praxiserfahrung, schildern und analysieren persönliche Eindrücke und Erfahrungen und geben viele praktische Hinweise. Herausgearbeitet wird, was gute Begleitung bedeutet. Ergänzend zu den Erfahrungsberichten werden Anregungen aus dem traumatherapeutischen Ansatz von Luise Reddemanns PITT und Praxis-Tools gegeben.

Zielgruppen sind Fachleute aus den helfenden Berufen, wie Psycholog*innen, Ärzt*innen für Psychiatrie und Psychosomatische Medizin, Sozialarbeiter*innen, und psychologisch Interessierte sowie bürgerschaftlich Engagierte.

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V.

Referentenentwurf eines Gesetzes für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale Versorgung-Gesetz – DVG)

1. Vorbemerkungen

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt ausdrücklich das Gesetzesvorhaben „Digitale Versorgung-Gesetz – DVG für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).

Denn die Digitalisierung verändert zentrale Bereiche unserer Gesellschaft mit unglaublicher Geschwindigkeit. Das deutsche Gesundheitswesen – und damit auch die Suchtkrankenhilfe und -behandlung – stehen vor enormen Herausforderungen, womit erhebliche Chancen, aber natürlich auch Risiken verbunden sind. Digitalisierung wird zum einen als Hoffnungsträger bewertet, durch welche

- noch nicht absehbare Möglichkeiten zur Diagnostik, Betreuung und Behandlungshilfen eröffnet werden,
- sich zusätzliche Möglichkeiten eröffnen, mit dem medizinisch-therapeutischen Fachkräftemangel insbesondere in unterversorgten Regionen umzugehen,
- die Gesundheit und das Wohlergehen, etwa bei psychischen Problemlagen und Störungen, durch niedrigschwellige Online-Informations- und Beratungsportale zielgruppengerecht gefördert werden können.

Derartige digitale Angebote lassen sich nicht nur im Bereich der Prävention und Frühintervention nutzen, sondern sie lassen sich auch mit bestehenden analogen Behandlungsangeboten und -strukturen vernetzen.

Auf der anderen Seite entstehen vielfältige Herausforderungen hinsichtlich der Digitalisierung. So stellt sich – auch vor dem Hintergrund der mit dem Internet verbundenen Aufhebung nationaler Grenzen – die Frage nach der Qualitätssicherung und Wirksamkeit entsprechender gesundheits- und suchtbbezogener Online-Angebote. Des Weiteren ist eine zentrale Frage, wie die Abgrenzung und Vernetzung zwischen Online-Beratung und analoger Behandlung sinnvollerweise erfolgen kann. Hierbei spielen fachliche, ethische, ökonomische und versorgungsspezifische Aspekte eine Rolle.

Die Nutzung von Online-Medien ist im Gesundheitswesen und der Suchtkrankenhilfe

letztlich nur ein weiteres Mittel zum Zweck der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und des körperlichen, seelischen und geistigen Wohlbefindens der Menschen.

Bevor auf den Gesetzesentwurf im Detail eingegangen wird, werden grundsätzliche Zielsetzungen, die hinsichtlich der Digitalisierung aus Sicht des FVS zu beachten sind, benannt:

Ziel 1
Digitalisierung ist so einzusetzen, dass sie die Selbstbestimmung der Patienten¹ und die Nachhaltigkeit von Interventionen und Teilhabechancen fördert.

Das Recht auf informationelle Selbstbestimmung über die eigenen Daten ist als grundlegendes Persönlichkeitsrecht zu wahren. Hier sind insbesondere die Politik, aber auch die Entwickler und Anwender digitaler Medien gefordert, entsprechende Rahmenbedingungen dafür zu schaffen, dass die erforderlichen datenschutzrechtlichen und ethischen Grundlagen eingehalten und der Missbrauch im Umgang mit persönlichen Daten unterbunden wird. Denn wer die Daten hat, hat die Macht.

Digitalisierung ermöglicht auf der anderen Seite die direkte Zurverfügungstellung relevanter gesundheitsbezogener Informationen, den Einsatz von einfach zugänglichen Screening- und Diagnoseverfahren, die direkte Kontaktaufnahme und unmittelbare Kommunikationswege zwischen Patient und Behandler sowie die Brückenbildung an den Schnittstellen der Versorgungs- und Behandlungssysteme, wie auch die Verknüpfung von Präventions-, Beratungs-, Therapie- und Nachsorgeangeboten. Zudem können dadurch die höhere Informiertheit der Patienten sowie ihre Selbstbestimmung gestärkt und die Nachhaltigkeit von Interventionen unterstützt werden.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

Ziel 2

Digitalisierung soll so eingesetzt werden, dass die Ärzte/Therapeuten-Patienten-Beziehung gestärkt und die Gesundheit der Patienten tatsächlich verbessert wird.

Internetbasierte Interventionen bieten das Potenzial, zur Verbesserung der psychischen Gesundheit breiter Bevölkerungsschichten beitragen zu können und Menschen in unterversorgten Gebieten zu erreichen. Online-Medien ermöglichen einen niedrigschwelligen und zeitunabhängigen Zugang von Menschen zu gesundheitsrelevanten Informationen.

Angesichts einer Vielzahl gesundheitsbezogener Online-Angebote ist es – wie im DVG vorgesehen – dringend geboten, eine Qualitätssicherung der Informationsplattformen und damit der Präventions-, Interventions-, Beratungs- und Behandlungsangebote im Internet zu gewährleisten. Beispielsweise ist es erforderlich, internetbasierte Selbstmanagementprogramme – auf Basis entsprechend zu erfüllender Güte- und Qualitätskriterien – für ihren Einsatz in der Prävention und Behandlung psychischer Störungen zu überprüfen. Darüber hinaus ist es notwendig, bei den digitalen Gesundheitsanwendungen zu unterscheiden, ob es sich um Angebote zur allgemeinen Prävention und Gesundheitsförderung, zur selektiven Prävention, zur indizierten Prävention/Frühintervention, zur Beratung und/oder zur Behandlung bzw. zur Nachsorge handelt. Je nach Ausrichtung eines digitalen Programms stellen sich unterschiedliche Erfordernisse hinsichtlich der Fachkompetenz der Anwender sowie der Notwendigkeit des Einbezugs des unmittelbaren persönlichen Kontaktes eines Arztes, Psychotherapeuten, Suchttherapeuten in das Programm (z.B. „blended treatment“).

Vertrauenswürdige Seiten bzw. evaluierte Programme sollten als Orientierungshilfe für den Gebrauch von einer dazu autorisierten Stelle mit einem Gütesiegel ausgewiesen werden. Bei der Prüfung von Apps bzw. Internetangeboten sollte bei substanzgebundenen Störungen sowie substanzungebundenen Störungen (z.B. pathologisches Glücksspiel, pathologischer Internetgebrauch) die Expertise entsprechender Fachgesellschaften im Suchtbereich hinzugezogen werden.

Ziel 3

Qualitätsgesicherte digitale Angebote sollten auf der einen Seite Eingang im Rahmen der Prävention und Diagnostik, wie auch in die ärztliche und therapeutische Versorgung finden. Die zunehmende Technisierung erfordert auf der anderen Seite eine Rückbesinnung auf die heilende Kraft menschlicher Nähe und Zuwendung sowie der unmittelbaren persönlichen Begegnung.

Interaktive Apps, Smartphone-gestützte Angebote etc. können zur Stärkung der Behandler-Patienten-Beziehung und zur Förderung eines partizipativen Behandlungsprozesses auf Basis einer entsprechenden Gesundheitskompetenz der Patienten beitragen. Der Mensch ist aber von seinen Grundbedürfnissen und seinen Sinnen her auch auf den unmittelbaren Kontakt zu anderen Menschen angelegt und ist somit ein soziales Wesen. Digitale Medien sind von daher kein Ersatz für die direkte menschliche Begegnung, denn nur im unmittelbaren Kontakt ist z.B. körperliche Berührung möglich oder werden alle Sinne (incl. Riechen) und unsere Gefühlswelt in umfassender Weise angesprochen.

Zukunftsweisend ist bezogen auf psychische Störungen vor allem eine Verknüpfung der verschiedenen Angebotsformen. So bietet Blended Intervention die Möglichkeit der Kombination internetbasierter Interventionen mit der Behandlung im unmittelbaren persönlichen Kontakt (z.B. psychiatrisch, psycho-/suchttherapeutisch). Es sind hierbei unterschiedliche Intensitätsabstufungen hinsichtlich der jeweiligen persönlichen Beteiligung der Therapeuten und Ärzte möglich. Angesichts der vielfältigen Möglichkeiten, die sich im Rahmen der Digitalisierung eröffnen, ist der kluge Einbezug digitaler Angebote in bestehende analoge Behandlungsstrategien gerade bei psychischen und suchtbezogenen Störungen eine wichtige Herausforderung für die Zukunft. Von daher ist wissenschaftlich zu prüfen, ob die Nutzung eigenständiger bzw. zusätzlicher Online-Angebote letztlich auch zur Verbesserung der Versorgung beiträgt und einen Mehrwert für den Patienten bedeutet.

Evidenzbasierte Online- bzw. analoge und digitale Kombinationsangebote (z.B. zur Prävention, zur Behandlung von Depression und Angststörungen) sollten bei Erfüllung entsprechender Qualitätsanforderungen und belegter Wirksamkeit für spezifische Zielgruppen (z.B. Lebensalter, entsprechende Risikoklassen mit Berücksichtigung des Schweregrads einer Störung) indikationsbezogen für betroffene Menschen zugänglich gemacht werden und – wie im DVG vorgesehen – im Rahmen der Regelversorgung dann auch vergütet werden.

Bei einer ausgebildeten psychischen Störung muss auch weiterhin die Gesamtverantwortung für die Behandlung bei einem

approbierten Psychotherapeuten oder Facharzt liegen. Bei Suchterkrankungen sind darüber hinaus Suchttherapeuten zu berücksichtigen. Online-basierte Angebote bieten bezogen auf Suchterkrankungen insbesondere die Möglichkeit, im Vorfeld und im Anschluss an die ambulante, teilstationäre und stationäre Entwöhnungsbehandlung (medizinische Rehabilitation) sowie der Entzugsbehandlung zur Verbesserung der Übergänge (Vorbereitung, Nachsorge etc.) beizutragen.

Zusätzlicher Hinweis:

Zudem halten wir es für erforderlich, die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen bei der Weiterentwicklung einer Telemedizininfrastruktur zu berücksichtigen.

2. Stellungnahme im Einzelnen

Im Weiteren wird auf einzelne Punkte des bereits gut ausgearbeiteten Gesetzesentwurfs eingegangen, bei denen noch Änderungen aus Sicht des FVS erforderlich sind.

1. § 33a „Digitale Gesundheitsanwendungen“ besagt, dass Versicherte in Zukunft Anspruch auf Versorgung mit Medizinprodukten niedriger Risikoklasse haben sollen, deren Hauptfunktion wesentlich auf digitalen Technologien beruht und die dazu bestimmt sind, bei den Versicherten oder in der Versorgung durch Leistungserbringer die Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder die Erkennung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen zu unterstützen (digitale Gesundheitsanwendungen). Darüber hinaus sieht der Gesetzesentwurf vor, dass digitale Gesundheitsanwendungen nach Verordnung des behandelnden Arztes oder mit Zustimmung der Krankenkasse angewendet werden sollen.

Diese Erweiterung des Versorgungsanspruchs beinhaltet an verschiedenen Stellen Modifizierungsbedarf.

a. § 33a besagt, dass sowohl Ärzte vordringen als auch Krankenkassen einer Behandlung zustimmen dürfen. Sofern digitale Gesundheitsanwendungen der Behandlung – im Unterschied zur Gesundheitsförderung/allgemeinen Prävention – dienen, gilt, dass die Verordnung (bzw. Zustimmung) nicht in der Verantwortung der Krankenkassen liegen darf. Ohne entsprechende Diagnostik/Indikationsstellung durch qualifizierte Behandler kann nicht entschieden werden, welches Produkt sinnvoll und risikofrei eingesetzt werden kann. Zudem ist erforderlich, die Verordnungsbefugnis – bezogen auf psychische Störungen – nicht nur für Ärzte, sondern auch für Psychotherapeuten zu definieren.

b. Durch den Gesetzesentwurf wird ein Leistungsanspruch der Versicherten geschaffen, ohne eine eindeutige Differenzierung nach der Zweckbestimmung vorzusehen. Somit wären etwa Anwendungen mit allgemeinen Gesundheitsinformationen, Ratgeber-Apps wie auch Beratungsangebote bei chronischen Erkrankungen oder therapiebegleitende Anwendungen darunter zu fassen. Eine Differenzierung der Apps bzw. Internetangebote nach der Zweckbestimmung halten wir unter leistungsrechtlichen und fachlichen Aspekten für erforderlich. Im Fall der Behandlung psychischer Störungen oder körperlicher Erkrankungen muss zur Wahrung des Qualitätsstandards in unserer Gesundheitsversorgung sowie zur Patientensicherheit weiterhin der Approbationsvorbehalt gelten. Im Bereich der Suchtbehandlung ist darüber hinaus die Berufsgruppe der Suchttherapeuten einzubeziehen.

c. Die vorgesehene Beschränkung des Anspruches auf Medizinprodukte niedriger Risikoklasse ist als erster Schritt sinnvoll. Es bedarf aber der weiteren wissenschaftlichen Klärung, ob auch für weitere Risikoklassen Selbstmanagementinterventionen bzw. entsprechend ausgerichtete Programme (z.B. Blended Treatment) – die über Gesundheitsförderung, Prävention hinausreichen und die (Begleit-)Behandlung psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen betreffen – wirksam sind. Damit einher geht natürlich die Notwendigkeit eines entsprechend wissenschaftlich belegten Nutzen- und Risikonachweises.

2. § 68a bezieht sich auf die „Förderung der Entwicklung digitaler Innovationen durch Krankenkassen“. Dort heißt es „Zu diesem Zweck können Krankenkassen digitale Innovationen alleine oder in Zusammenarbeit mit Dritten entwickeln oder von diesen entwickeln lassen“.

Um die Qualität und Patientensicherheit der Versorgung zu gewährleisten, sollte gesetzlich geregelt werden, dass bei der Entwicklung digitaler Innovationen auch entsprechende Fachverbände sowie Berufsverbände (Psychotherapeuten, Ärzteschaft bzw. Kassenärztliche Vereinigungen) verbindlich einbezogen werden. In diesem Zusammenhang weisen wir darauf, dass selbstverständlich auch weiteren Leistungsträgern wie die Rentenversicherung, in Zusammenarbeit mit den genannten Organisationen bzw. Verbänden, die Möglichkeit eröffnet werden sollte, die Entwicklungen digitaler Innovationen zu fördern. Entsprechende Regelungen würden damit auch im SGV VI zu treffen sein.

3. § 92b (3) lautet, „Der Innovationsausschuss beschließt jeweils spätestens drei Monate nach Eingang des Berichts über die wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben zu neuen Versorgungsformen eine Empfehlung zur Überführung der neuen Versorgungsform oder wirksamer Teile daraus in die Regelversorgung... Er berät innerhalb der in Satz 1 genannten Frist die Ergebnisberichte der Vorhaben zur Versorgungsforschung und kann eine Empfehlung zur Überführung in die Regelversorgung beschließen... Wenn die Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses festgestellt wird, hat dieser innerhalb von zwölf Monaten nach Beschluss der Empfehlung die Regelungen zur Aufnahme in die Versorgung zu beschließen.“

Es wird begrüßt, dass der Gesetzentwurf auf eine schnelle Überführung von Forschungsergebnissen in die Versorgungspraxis hinwirkt. Allerdings würde in der aktuellen Fassung der systematische Prüfprozess des G-BA dadurch umgangen, wenn der Innovationsausschuss anhand einzelner Studienergebnisse unmittelbar eine Übernahme in die Regelversorgung empfehlen kann und dies wiederum bindende Wirkung für den G-BA hat. Dies würde eine deutliche Herabsetzung des bisherigen Evidenzstandards implizieren. Wir empfehlen dringend, die etablierten Prüfstandards für wirksame und sichere Maßnahmen beizubehalten.

4. § 92b (6) besagt, „Zur Einbringung wissenschaftlichen und versorgungs-praktischen Sachverständnisses in die Beratungsverfahren des Innovationsausschusses wird ein Expertenpool gebildet... Bei der Begutachtung der Anträge zur Entwicklung oder Weiterentwicklung ausgewählter medizinischer Leitlinien nach § 92a Absatz 2 Satz 4 ist die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften zu beteiligen.“

Es ist zu begrüßen, im Prozess der Themenfindung und Begutachtung den Einbezug externer Expertise im DVG zu verankern. Hierbei sollten auch Fachverbände im Bereich der suchtbezogenen Störungen mit ihrer Expertise zwingend einbezogen werden. Dadurch kann auch der Einbezug entsprechender Entwicklungen von digitalen Gesundheitsinterventionen bei der Überarbeitung/Entwicklung von entsprechenden Leitlinien der AWMF gewährleistet werden.

5. § 139e (2) lautet, „Die Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, sofern die Erfüllung der Grundanforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität der digitalen Gesundheitsanwendung sowie deren positive Versorgungseffekte nachgewiesen sind...“

Die Aspekte Sicherheit und positive Versorgungseffekte können fundiert nur in klinischen Studien auf dem jeweils wissenschaftlich anerkannten Stand der Forschung überprüft werden. Von daher sollte in das DVG aufgenommen werden, dass positive Versorgungseffekte nach den wissenschaftlichen Standards im Rahmen methodisch hochwertiger randomisiert kontrollierter Studien nachzuweisen sind.

Wir weisen darauf hin, dass im Gesetz und dessen Umsetzung eine Unterscheidung zwischen digitalen Gesundheitsanwendungen, die der Unterstützung von laufenden Präventions-, Gesundheits-, Beratungs-, Behandlungs-/Nachsorge-maßnahmen dienen (digitale „Interventionstools“ wie z.B. digitaler Wochenplan), und von Anwendungen, die weitgehend für sich als Präventionsleistung und/oder Behandlung psychischer Störungen und/oder körperlicher Erkrankungen stehen, vorgenommen werden sollte. Während die Anwendung im ersten Fall der Sorgfaltspflicht des jeweiligen Beraters/Behandlers überlassen werden kann, bedarf es im letzten Fall, in dem die Prävention/Behandlung im Kern digitalisiert und ggf. auch (teil-)automatisiert erfolgt, zwingend eines wissenschaftlich belastbaren Nutzen- und Risikonachweises.

Der Einbezug der Expertise berufsständischer Organisationen, entsprechender Fachverbände der Leistungserbringer sowie der Wissenschaft ist, bezogen auf die Entscheidungsfindung des BfArM, zu gewährleisten.

6. § 139e (3) definiert „Ist der Nachweis positiver Versorgungseffekte durch die digitale Gesundheitsanwendung bei Antragstellung noch nicht möglich, kann die vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen für bis zu 12 Monate zur Erprobung erfolgen.“

Systematische Übersichtsarbeiten zu verschiedenen digitalen Gesundheitsanwendungen zeigen eine große Heterogenität in der Wirksamkeit. Von daher dürfen digitale Gesundheitsinterventionen – gerade auch bei psychischen und suchtbezogenen Störungen – ohne Wirksamkeits- und Patientensicherheitsnachweis nicht zugelassen werden. Dieser Nachweis kann valide nur im Rahmen randomisiert kontrollierter Studien erbracht werden, die auch die mittelfristige Wirksamkeit nach Behandlungsbeendigung berücksichtigen.

7. § 139e (3) besagt weiterhin „...Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen

Aufnahme in das Verzeichnis der digitalen Gesundheitsanwendungen zur Erprobung um bis zu 12 Monate verlängern.“

Bei digitalen Gesundheitsanwendungen mit therapeutischem Anspruch ist diese Aufnahme ohne Wirksamkeitsnachweis in das Verzeichnis für bis zu weitere 12 Monate aus Patientensicherheitsaspekten nicht zu vertreten.

8. § 291a definiert im Absatz 7c „Zum Ausgleich der Kosten nach Abs. 7 Satz 5 erhalten Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, mit denen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2, § 111a oder § 111c besteht, ab dem 1. Juli 2020 die in den Finanzierungsvereinbarungen nach Abs. 7b Satz 2 für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte in der jeweiligen Fassung vereinbarten Erstattungen. Das Abrechnungsverfahren vereinbart der Spitzenverband Bund der Krankenkassen mit den für die Wahrnehmung der Interessen der in Satz 1 genannten Einrichtungen maßgeblichen Verbände auf Bundesebene bis zum 31. März 2020. Die durch die Erstattung nach Satz 1 entstehenden Kosten tragen die gesetzlichen Krankenkassen und die Träger der gesetzlichen Rentenversicherungen im Verhältnis ihrer Ausgaben für die in Satz genannten Einrichtungen erbrachten Leistungen.“

Die Einbindung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen in den Aufbau einer Telematikinfrastruktur wird begrüßt. Dies setzt eine entsprechende Abstimmung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung voraus, die gemeinsam mit den maßgeblichen Verbänden der Leistungserbringer entsprechende Vereinbarungen hinsichtlich der Finanzierung und des Abrechnungsverfahrens treffen sollten.

Schlusswort

Abschließend weisen wir darauf hin, dass die Nutzung der Digitalisierung für die Gesundheitsversorgung gesetzlicher Regelungen bedarf, weswegen wir den Gesetzentwurf ausdrücklich begrüßen. Diese Regelungen und deren weitere Umsetzung erfordern ein hohes Ausmaß an Fachkompetenz, um einerseits eine weitere Verbesserung unserer Gesundheitsversorgung durch die Einführung wirksamer digitaler Maßnahmen und andererseits gleichzeitig den Schutz der Patientensicherheit vor potentiell schädlichen Produkten zu gewährleisten.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3, 53175 Bonn
v.weissinger@sucht.de

Fachverband Sucht e.V. (FVS) stellt eine Nutzer-Checkliste für Internetprogramme/Apps zu psychischen Beschwerden und Problemen im Umgang mit Suchtmitteln bereit.^{1,2}

Der FVS rät grundsätzlich dazu, psychische Beschwerden in der Sprechstunde eines Psychotherapeuten bzw. Probleme im Umgang mit Alkohol, Drogen, Medikamenten oder Glücksspiel/PC-Gebrauch bei einer Suchtberatungsstelle abklären zu lassen.

Als Ergänzung zu dieser grundsätzlichen Empfehlung einer persönlichen Beratung hat der FVS eine Checkliste entwickelt, mit der Nutzer (d.h. Behandler wie auch Endnutzer) Internetprogramme für psychische sowie substanzgebundene/-ungebundene Beschwerden und Erkrankungen selbst einer ersten Überprüfung unterziehen können. Jedes Programm sollte Antworten auf die Fragen dieser Checkliste bieten. Ist dies nicht möglich, sollte man das jeweilige Programm besser nicht nutzen.

Angaben zum Programm

- Wozu ist das Programm gedacht? Soll es über psychische Erkrankungen und/oder Folgen von Suchtmittelkonsum informieren. Bietet es bei bestimmten psychischen Problemen bzw. deren Umgang mit Suchtmitteln Unterstützung an? Beinhaltet es auch den Anspruch auf Behandlung psychischer Erkrankungen/Suchterkrankungen (in diesem Falle verweisen wir auf die Fragestellung „Wer sind die Ansprechpartner?“ s.u.)?
- Ist klar beschrieben, für wen das Programm gedacht ist (zum Beispiel Kinder, Jugendliche, Eltern, Erwachsene, Betroffene, Angehörige)? Wird hierbei auch beschrieben, ob

es sich um „Hilfe- bzw. Informationstools“ wie ein elektronischer Wochenplaner oder um „Online-Interventionen/Apps mit Behandlungsanspruch“ handelt?

- Wer bietet das Programm an? Wird auch dargestellt, wer das Programm entwickelt hat? Und sind im Entwicklerteam von „Online-Interventionen/Apps mit Behandlungsanspruch“ entsprechende fachliche Kompetenzen vertreten (z.B., Ärzte, Psycho-/Suchttherapeuten)?
- Wenn Behandlungsaspekte eine Rolle spielen: Basiert das Programm auf einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren? Wird die Methode nachvollziehbar erläutert?
- Wurde das Programm wissenschaftlich auf seine Wirksamkeit überprüft? Sind dafür Studien und Ergebnisse als Belege angegeben (z.B. unter Angabe von Abbruchraten und -gründen, Erfolgsquoten)?
- Sind Risiken und Nebenwirkungen des Programms beschrieben? Ist insbesondere bei „Online-Interventionen/Apps mit Behandlungs- Präventionsanspruch“ auch beschrieben, wer es nicht nutzen sollte?
- Wird an prominenter Stelle darauf hingewiesen, dass im Falle einer voll ausgebildeten psychischen Störung die Gesamtverantwortung für die Behandlung bei einem approbierten Psychotherapeuten oder Facharzt liegen muss?
- Wird bei einer Abhängigkeitserkrankung darauf hingewiesen, dass bei fortbestehendem Kontrollverlust eine ambulante Suchtberatungsstelle oder andere Hilfeangebote (z.B. Selbsthilfegruppen, approbierte Psychotherapeuten) aufgesucht werden sollten und wird über Behandlungsmöglichkeiten (Entzugs-/Entwöhnungsbehandlung) informiert?
- Erhält man in Programmen/Apps mit Behandlungsanspruch Rückmeldungen zum Verlauf, und werden dafür Messinstrumente verwendet?

Wer sind die Ansprechpartner?

- Gibt es direkte Ansprechpartner? Welche Qualifikation haben diese? Sind die direkten Ansprechpartner Psychotherapeuten, Ärzte oder anerkannte Suchttherapeuten?
- Erhält der Nutzer individuelle Ratschläge? Wer gibt diese Ratschläge: ein Computer oder z.B. ein Psychotherapeut oder ein Arzt? Bekommt der Nutzer beispielsweise nur für ihn verfasste E-Mails, die sich auf seine individuellen Angaben und Auskünfte beziehen?

- Gibt es Angaben dazu, wieviel Zeit das Programm pro Tag oder Woche erfordert? Wie lange dauert die Nutzung des Programms insgesamt? Wann und wo kann der Nutzer das Programm einsetzen (gibt es z.B. eine mobile Version)?
- Was kostet die Nutzung des Programms? Gibt es versteckte Kosten bzw. Folgekosten im Verlauf der App-Nutzung?

Was passiert in Krisensituationen?

- Klärt das Programm über mögliche Krisensituationen auf und informiert, wohin sich Nutzer im Notfall wenden können?
- Bietet das Programm die Möglichkeit, bei Krisen kurzfristig mit einem (fachkompetenten Ansprechpartner, (z.B. Psychotherapeuten, Arzt, Suchttherapeut)) zumindest telefonisch sprechen zu können?
- Erfasst das Programm regelmäßig, wie die Beratung bzw. Behandlung verläuft?

Datensicherheit

- Kann man sich als Nutzer anonym beim Programm anmelden? (Hinweis: Ausnahmen vom Prinzip der Anonymität sind vom Anbieter nachvollziehbar zu begründen. Hierbei sind hohe Datenschutzsicherheitsstandards vom Anbieter vorzuhalten).
- Welche Daten werden erhoben?
- Wo werden die Daten gespeichert?
- Wer hat Zugang zu den Daten?
- Werden die Daten ausschließlich für das Programm oder auch noch für andere Zwecke genutzt?
- Werden die Daten ausreichend gesichert? Werden Antworten anonymisiert verschlüsselt?
- Wie lange werden die gespeicherten Daten aufbewahrt? Wird dem Nutzer das Recht zugesichert, seine Daten löschen zu lassen? Wird man über Löschfristen und Löschvorgänge (lokal und ggf. auf Zentralserver) informiert?
- Gibt es einen Ansprechpartner zu Fragen zur Datensicherheit?

Zusätzlicher Hinweis:

Wenn eine Software zur Erkennung, Verhütung, Überwachung und Behandlung von Krankheiten bestimmt ist, fällt sie nach Ansicht des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) unter das Medizinproduktegesetz (MPG). Demnach müsste eine CE-Zertifizierung für das Programm vorliegen und ausgewiesen werden.

1 Diese Checkliste ist in Anlehnung an die Patienten-Checkliste für Internetprogramme der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, Standpunkt: Internet in der Psychotherapie, 23.6.2017) entwickelt worden.

Diese Checkliste wurde unter Einbezug wissenschaftlicher Expertise von Prof. Dr. Harald Baumeister, Dipl. Psych., PP, Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Universität Ulm, Prof. Dr. Christian Montag (Fakultät Ingenieurwissenschaften, Informatik und Psychologie, Institut für Psychologie und Pädagogik, Abt. Molekulare Psychologie, Universität Ulm) und Prof. Dr. Christine Knaevelsrud, (Professorin für klinisch-psychologische Intervention Freie Universität Berlin - Klinische Psychologie und Psychotherapie) erstellt.

2 Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht e.V. zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)

I. Grundsätzliche Aspekte

Der Fachverband Sucht e.V. (FVS) begrüßt den Referentenentwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Rehabilitation und intensiv-pflegerischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung des Bundesministeriums für Gesundheit.

Insbesondere ist zu begrüßen, dass

- der Grundsatz „Rehabilitation vor und bei Pflege“ gestärkt wird und die Verordnung einer medizinischen Rehabilitationsleistung durch einen Vertragsarzt verbindlich wird,
- die Krankenkassen von der Einschätzung des behandelnden Hausarztes¹ hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit einer Rehabilitationsleistung nur noch abweichen können, wenn sich dies zweifelsfrei aus einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ergibt. Für erforderlich halten wir in diesem Falle allerdings, dass dieses Gutachten sowohl den Patienten wie auch dem verordnenden Hausarzt zur Verfügung gestellt wird, um die Möglichkeit zu öffnen, hierzu inhaltlich und fachlich begründet in Widerspruch gehen zu können.
- die Regelung, dass Rehabilitationsleistungen nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung solcher oder ähnlicher Leistungen erbracht werden können, für Kinder und Jugendliche, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aufgehoben wird,
- Vereinbarungen zur Vergütung auch oberhalb der sog. Grundlohnrate möglich sind,
- verlässliche Grundlagen durch verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den für die Erbringung von stationären Leistungen zur me-

dizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbänden auf Bundesebene zu vereinbaren sind und zudem bei einer Nichteinigung beider Seiten die Anrufung einer Schiedsstelle vorgesehen ist,

- entsprechende Regelungen auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitation vorgesehen sind.

Kritisch sehen wir insbesondere folgende Punkte:

1. Beteiligung der Versicherten an den Mehrkosten

Kritisch wird gesehen, dass die Patienten zur Hälfte an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden sollen, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse vorgesehene Rehabilitationsklinik entscheiden. Vor dem Hintergrund des Wunsch- und Wahlrechts ist nicht nachzuvollziehen, warum die Patienten zuzahlen müssen, wenn sie unter den zugelassenen Rehabilitationseinrichtungen eine Auswahl treffen. Die freie Wahl von Arzt und Krankenhaus ist im deutschen Gesundheitswesen von grundlegender Bedeutung, dies sollte auch für die medizinische Rehabilitation gelten.

2. Streichung des Bezugs zu § 71 SGB V ohne Regelung zur jährlichen Vergütungssatzanpassung

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass zunächst die Ermittlung einer angemessenen und leistungsorientierten Vergütung erforderlich ist, bevor dann in der Folge die ermittelte Vergütung jährlich durch entsprechende Veränderungsraten fortgeschrieben wird. Eine generelle Aufhebung des § 71 SGB V ohne eine entsprechende Regelung zur jährlichen Vergütungssatzanpassung sehen wir allerdings kritisch. Aus unserer Sicht ist weiterhin ein Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung wichtig. Die Orientierung an der Grundlohnrate nach § 71 SGB V ist aus unserer Sicht als Untergrenze zu sehen und es sollte verbindlich festgelegt werden, dass jährliche Vergütungsanpassungen – unter

Beachtung von Einrichtungsspezifika (z.B. Investitionskosten, Tarifbindung etc.) wie auch genereller Entwicklungen – darüber möglichst sein müssen. Zielsetzung muss sein, eine angemessene und leistungsgerechte Vergütung dauerhaft sicherzustellen, deren Grundlagen durch verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge und Vergütungsverträge nach § 111 Abs. 7 (neu) zu vereinbaren sind

II. Stellungnahme im Einzelnen

1. § 40 Abs. 2 Satz 4

Änderungsvorschlag des FVS:

„Wählt der Versicherte eine andere zertifizierte Einrichtung, so hat er die dadurch entstehenden Mehrkosten nicht selbst zu tragen.“

Begründung:

Die vorgesehene Änderung, dass Patienten noch zur Hälfte an den entstehenden Mehrkosten beteiligt werden, wenn sie sich für eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationsklinik entscheiden, ist zwar ein Fortschritt gegenüber der bestehenden Regelung. Sie widerspricht aber der freien Wahl, die in anderen Bereich des Gesundheitswesens in Deutschland von grundsätzlicher Bedeutung ist. Von daher ist eine Zuzahlung von Patienten, die eine zugelassene Rehabilitationseinrichtung auswählen, generell abzulehnen.

2. § 40 Abs. 3

Vorgesehene Einfügung nach Satz 1

„Die medizinische Erforderlichkeit einer vertragsärztlich verordneten geriatrischen Rehabilitation wird von der Krankenkasse bei ihrer Entscheidung nach Satz 1 nicht überprüft; Voraussetzung ist die vorherige vertragsärztliche Überprüfung der geriatrischen Indikation durch geeignete Abschätzungsinstrumente.“

Die Erleichterung des Zugangs zu einer geriatrischen Rehabilitation und Stärkung des Grundsatzes „Rehabilitation vor Pflege“

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

und damit die erleichterte Beschleunigung des Verfahrens durch vertragsärztliche Verordnung ohne Überprüfung der medizinischen Erforderlichkeit durch die Krankenkasse wird begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Es sollten nicht nur geriatrische Rehabilitationsleistungen, sondern alle entsprechenden Rehabilitationsleistungen, welche der Vermeidung von Pflegebedürftigkeit dienen, ohne entsprechende Überprüfung genehmigt werden. Diese Aufhebung der Prüfpflicht sollte des Weiteren auch auf Anschlussrehabilitationsleistungen zutreffen.

„Von der vertragsärztlichen Verordnung einer Leistung nach Abs. 1 und 2 in allen anderen Fällen kann die Krankenkasse hinsichtlich der medizinischen Erforderlichkeit nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen.“

Ebenso wird begrüßt, dass bei einer Indikation die Krankenkasse von der ärztlichen Verordnung nur aufgrund einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung abweichen kann. Wir schlagen hierzu allerdings noch folgende Ergänzung vor.

Ergänzungsvorschlag FVS:

„Die gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung ist dem verordnenden Vertragsarzt sowie dem Versicherten zur Verfügung zu stellen.“

Begründung:

Im Sinne der Transparenz ist der verordnende Arzt wie auch der Versicherte über die Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung zu informieren, um damit auch die Möglichkeit zu haben, dazu in Widerspruch zu gehen und ggf. entsprechend erforderliche Belege bzw. Begründungen zum Rehabilitationsbedarf nachzureichen. Zudem sind bei ablehnendem Bescheid auch fachlich begründete Alternativleistungen, die für den Versicherten erreichbar und zumutbar sind, aufzuzeigen.

3. § 40 Abs. 3 – neu Satz 8

Die bisherige Regelung, dass Leistungen nach den Abs. 1 und 2 nicht vor Ablauf von 4 Jahren nach Durchführung einer Rehabilitationsleistung erbracht werden können, soll für Versicherte, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, aufgehoben werden.

Die Aufhebung dieser Regelung für Kinder und Jugendliche entsprechenden Alters wird grundsätzlich begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Darüber hinaus muss aber auch bei Erwachsenen mit entsprechendem Rehabilitati-

onsbedarf von der vorgesehenen Frist abgewichen werden können, um einer weiteren Chronifizierung von Krankheitsverläufen entgegenwirken zu können.

4. Einfügung des neuen Satzes 9

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt über das Bundesministerium für Gesundheit im Deutschen Bundestags bis Ende des Jahres 2021 einen Bericht vor, in dem die Erfahrungen der vertragsärztlichen Verordnung von Leistungen zur geriatrischen Rehabilitation nach Satz 2, auch unter Berücksichtigung der Bearbeitungsdauer der Krankenkassen, wiedergegeben werden.“

Diese Berichtspflicht wird begrüßt.

Ergänzender Hinweis:

Diese Berichtspflicht sollte zusätzlich auch auf die weiteren Indikationsbereiche im Sinne der Förderung von Transparenz ausgedehnt werden.

5. § 111 Abs. 5

Vorgesehene Einfügung folgender Sätze nach Satz 1

„Für Vereinbarungen nach Satz 1 gilt § 71 nicht. Die Bezahlung tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden. Auf Verlangen der Rehabilitationsträger ist die Zuzahlung dieser Vergütungen nachzuweisen.“

Begrüßt wird, dass durch höhere Vergütungen Rehabilitationseinrichtungen in die Lage versetzt werden sollen, Mehrausgaben zu finanzieren, die etwa durch Tarifierhöhungen bei den Gehältern der Mitarbeiter entstehen.

Ergänzende Hinweise:

Zu berücksichtigen sind bei der Berechnung einer angemessenen Vergütung neben Personalkosten auch z.B. entsprechende Investitionsbedarfe.

Die Ermittlung von angemessenen und leistungsgerechten Vergütungssätzen bildet die Grundlage für die jährliche Anpassung der Vergütungssätze. Zunächst sind angemessene Vergütungssätze, bezogen auf ein Basisjahr und die jeweilige Einrichtung mittels eines festgelegten Verfahrens zu bestimmen (s. neu § 111 Abs. 7), erst anschließend ist die ermittelte Vergütung nach Maßgabe eines verbindlich festzulegenden Rahmens dann jährlich anzupassen.

Die generelle Aufhebung eines Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung kann erhebliche Risiken beinhalten und wird kritisch beurteilt. Aus Sicht des FVS ist die Grundlohnrate bzw. die Anwendung vergleichbarer Instrumente zur Bestimmung der jährlichen Veränderungsrate als Untergrenze zu definieren und es sollte

verbindlich festgelegt werden, dass jährliche Vergütungssatzanpassungen – unter Beachtung von Einrichtungsspezifika (z.B. Investitionskosten, Tarifbindung etc.) wie genereller Entwicklungen (z.B. Mehrkosten aufgrund des Fachkräftemangels) – auch darüber möglich sein müssen. Ein verbindlicher Mechanismus zur jährlichen Anpassung der Vergütung ist wesentlich aus Sicht des FVS.

6. § 111 Abs. 7 (neu)

Vorgesehene Neufassung:

„Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Erbringung von stationären Leistungen zur medizinischen Rehabilitation maßgeblichen Verbände auf Bundesebene vereinbaren verbindliche Rahmenempfehlungen für Versorgungsverträge nach Abs. 2 zu Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen und für Vergütungsverträge nach Abs. 5 zu einer angemessenen und leistungsgerechten Vergütung. Kommen Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach § 111b Abs. 6 anrufen. Sie setzt innerhalb von 3 Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.“

Ergänzende Hinweise und Änderungsvorschläge:

Es wird begrüßt, dass im Sinne der Transparenz und einer angemessenen Leistungsorientierung, insbesondere für die Vergütungsvereinbarung, die Krankenkassen und Verbände der Leistungserbringer Rahmenempfehlungen auf Bundesebene schließen, um einheitliche und verbindliche Vorgaben zu schaffen. Zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist eine leistungsgerechte Vergütung der Rehabilitationseinrichtungen unverzichtbar. Auch wird begrüßt, dass in den Erläuterungen zum Gesetzesentwurf entsprechende Kriterien einer angemessenen Vergütung (u.a. erbrachte Leistungen, Verweildauer, besondere Aufwände [Pflegeaufwand und besondere Gesundheitseinschränkungen, besonders teure Medikamente], Preissteigerungen, notwendige Investitionskosten, Unternehmerrisiko) genannt werden. Ergänzt werden sollte § 111 Abs. 2 dahingehend, dass die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften nicht nur einheitliche Versorgungsverträge, sondern auch einheitliche Vergütungsverträge mit den Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen schließen. Hierbei sind auch entsprechende Mechanismen für die jährlichen Vergütungssatzanpassungen verbindlich festzulegen (s. Ausführungen zu § 111 Abs. 5). Des Weiteren wird begrüßt, dass – sofern Rahmenempfehlungen ganz oder teilweise nicht zustande kommen – die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle

nach § 111b Abs. 6 anrufen können. Diese soll dann innerhalb einer Frist von 3 Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt festsetzen.

Zudem wird begrüßt, dass entsprechende Regelungen auch für Einrichtungen des Müttergenesungswerks oder gleichartiger Einrichtungen gelten sollen.

7. § 111c Abs. 3 und Abs. 5

Entsprechende Regelungen wie für den stationären Bereich (§ 111 Abs. 5 und Abs. 7) sind für den Bereich der ambulanten Rehabilitation vorgesehen. Wir verweisen hierzu auf die o.g. Ausführungen, die auch für den Bereich der ambulanten Rehabilitationseinrichtungen gelten, hin.

Ansprechpartner:

Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
v.weissinger@sucht.de

Rahmenkonzept für Kinder suchtkranker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung

– herausgegeben vom Fachverband Sucht e.V.

Die Rehabilitation Abhängigkeitskranker basiert auf dem bio-psycho-sozialen Modell und umfasst damit auch die Lebens- und Kontextbedingungen des jeweiligen Menschen, der eine Suchterkrankung aufweist. Im Falle der Aufnahme von Müttern/Vätern/Eltern mit Kindern müssen von daher auch deren Kinder bei der Planung, Durchführung und weiteren Verstetigung des im Rehabilitationsprozess Erreichten eine entsprechende Berücksichtigung erfahren. Die stationäre Entwöhnungsbehandlung eröffnet die Möglichkeit, in diesem Setting nicht nur die Suchterkrankung der Eltern zu behandeln, sondern auch deren Kinder hinsichtlich ihrer psychischen, sozialen, körperlichen und kognitiven Entwicklung zu fördern und die Beziehung der Eltern zu ihren Kindern zu stärken. In der Mehrzahl der Fälle liegt noch keine psychische Erkrankung der Kinder vor, es bestehen jedoch häufig bereits Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen. Durch den Einbezug der Kinder stellen sich im Kontext der Behandlung vielfältige Anforderungen an deren

Eltern, wie auch an die Behandlungseinrichtungen und nicht zuletzt die Leistungsträger.

In dem nun erstmalig vorliegenden übergreifenden Rahmenkonzept werden zunächst die Entwicklungsfolgen und die spezifischen Gefährdungen der Kinder beschrieben, es wird auch auf entwicklungspsychologische Aspekte und Grundbedürfnisse hingewiesen und auf entsprechende Risiko- und Schutzfaktoren für Kinder aus suchtbelasteten Familien eingegangen. Im Weiteren werden grundlegende strukturelle Aspekte und Handlungsmöglichkeiten in der stationären Entwöhnungsbehandlung, die sich über einen vergleichsweise langen Zeitraum von drei bis sechs Monaten erstreckt, vorgestellt. Eingegangen wird auch auf den Aspekt der Förderung der Nachhaltigkeit des in der Behandlung Erreichten und die Vernetzung mit weiteren Angeboten.

Der Fachverband Sucht e.V. setzt sich dafür ein, entsprechende strukturelle Rahmenbedingungen zu schaffen, um eine an den

umfangreichen Bedarfen orientierte Versorgung für die suchtkranken Eltern und ihre Kinder sicherzustellen. Insgesamt ist eine leistungsgerechte Finanzierung von Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung bislang nicht entsprechend geregelt und bedarf einer verbindlichen Grundlage. Von daher ist ein Dialog von Politik, Leistungsträgern und Leistungserbringer gefordert, um zu bedarfsgerechten Lösungen zur Stabilisierung und Weiterentwicklung dieses Behandlungsangebotes zu kommen. Die Entwicklung des vorliegenden Rahmenkonzepts wurde vom Fachverband Sucht e.V. initiiert und koordiniert und unter Mitwirkung von weiteren Expert*innen des Bundesverbandes für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. und aus dem Bereich der Wissenschaft erarbeitet.

Das Rahmenkonzept ist als Online- Sonderausgabe 02/19 von Sucht Aktuell erschienen und kann unter folgendem Link <https://www.sucht.de/heft-02-19.html> von der Homepage des Fachverbandes Sucht e.V. heruntergeladen werden.

Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen – Stellungnahmen des Fachverbandes Sucht e.V.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) führt in dieser Legislaturperiode einen Dialog zur Weiterentwicklung der Hilfen für psychisch erkrankte Menschen durch. Ziel des Dialoges ist eine Standortbestimmung, die Verständigung über Entwicklungsbedarfe und die Formulierung von Handlungsempfehlungen für eine personenzentrierte Versor-

gung. Vertreter und Vertreterinnen von Verbänden und sonstige Experten und Expertinnen sind eingeladen, sich zu beteiligen. Betroffen ist hierbei insbesondere der SGB V Bereich, der in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung fällt. Die Aktion Psychisch Kranke e.V. (APK) hat im Auftrag des BMG eine Geschäftsstelle einge-

richtet und organisiert den Dialog. <https://www.psychiatriedialog.de/startseite/>.

Der Fachverband Sucht e.V. wurde bislang an zwei Arbeitsgruppentreffen beteiligt und hat hierfür auch zwei schriftliche Stellungnahmen verfasst, die im Weiteren abgedruckt werden.

„Sucht und Weiterentwicklungsbedarf der Hilfen in Bezug auf das SGB V“

Zentrale Themen aus Sicht des Fachverbandes Sucht e.V.

Einleitung:

Psychische Störungen und damit auch Suchterkrankungen sind weit verbreitet in Deutschland und führen zu vielfältigen Beeinträchtigungen und Partizipationsstörungen.

Trotz der weiten Verbreitung von substanzbezogenen Störungen herrscht nach wie vor das Problem, dass nur wenige Betroffene in Deutschland auf ihre Suchterkrankung angesprochen werden und erst zu einem späten Zeitpunkt professionelle Hilfe im Gesundheitssystem erhalten. Trautmann und Wittchen stellen hierzu fest: „Die Behandlungsraten betragen zwischen 5 und 33 Prozent (Kraus, Pabst, Gomes de Matos und Piontek 2014; Mack et al. 2014), mit den niedrigsten Raten für Alkohol (5–16 Prozent) und Cannabisstörungen (4–8 Prozent) (Hildebrand, Lippert, Sonntag, Bauer, Bühringer 2009; Kraus et al. 2014). Damit gehören Suchterkrankungen zu den psychischen Störungen mit der größten Behandlungslücke (...). Zudem werden Betroffene häufig erst dann erreicht, wenn die Störung bereits fortgeschritten und erste psychische und körperliche Folgeschäden bereits eingetreten sind (Hildebrand et al. 2009; Trautmann et al. -in Druck-). Dieser Umstand wiegt umso schwerer, da inzwischen zahlreiche ambulante und stationäre Interventionsbehandlungen von Suchterkrankungen verfügbar sind (insbesondere für Alkohol- und Cannabisstörungen) (Bottlender & Soyka, 2005; Hoch et al., 2012) und eine rechtzeitige Behandlung nachweislich die psychische und körperliche Morbidität senken kann (Rehm et al., 2014).“ (Trautmann & Wittchen, 2016, S. 11)

Eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungssituation speziell für abhängigkeitskranke Menschen erfordert ein Maßnahmenbündel auf diversen Ebenen. Wesentliche Voraussetzung ist, Früherkennung und Frühintervention in den unterschiedlichen Handlungsfeldern, die mit abhängigkeitskranken Menschen zu tun haben, ebenso zu stärken wie ein sektorenübergreifendes Fallmanagement und die engere Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen. Überdies ist ein gesellschaftliches Umdenken im Umgang mit psychischen und speziell mit Suchterkrankungen zu fördern.

Zentrale Handlungsfelder für den Bereich der suchtbezogenen Störungen sind aus Sicht des FVS:

1. Screening und Diagnostik von schädlichem und abhängigen Substanzkonsum

In der psychotherapeutischen Praxis und im medizinischen Versorgungssystem (Hausarzt, Praxis, Krankenhaus, Notaufnahme, Intensivstationen) sollen beispielsweise als Screening-Instrumente gem. der S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen“ der AUDIT bzw. AUDIT-C in allen Settings eingesetzt werden, um einen riskanten Alkoholkonsum, schädlichen Alkoholgebrauch oder eine Alkoholabhängigkeit festzustellen.

Im Weiteren sollten dann zur Diagnosestellung von Alkoholabhängigkeit oder schäd-

lichem Gebrauch zusätzlich validierte Instrumente eingesetzt werden, welche die Kriterien der ICD abbilden.

Zudem sollten auch weitere stoffgebundene und stoffungebundene Abhängigkeitserkrankungen, die als sekundäre Erkrankungen z.B. bei psychischen Störungen auftreten können, entsprechend in den verschiedenen Settings Beachtung bei der Diagnostik finden.

2. Kurzinterventionen und Vermittlung

Kurzinterventionen sollten in den o.g. Settings zur Reduktion von problematischem Alkoholkonsum gem. der S3-Leitlinie alkoholbezogene Störungen eingesetzt und flächendeckend angeboten werden. Bei Abhängigkeitserkrankungen (z.B. Alkoholabhängigkeit) sollte eine nahtlose Vermittlung in dafür qualifizierte Einrichtungen (Qualifizierte Entzugsbehandlung, Suchtrehabilitation, ambulante Suchtberatungsstelle) erfolgen. Im Jahr 2017 wurde beispielhaft das Nahtlosverfahren aus dem qualifizierten Entzug in die Entwöhnungsbehandlung von der Deutschen Rentenversicherung, den gesetzlichen Krankenversicherungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft ins Leben gerufen. Dies beinhaltet das Nahtlosverfahren vom Krankenhaus in die Entwöhnungseinrichtung, die kurzfristige Bearbeitung des Reha-Antrags durch die Reha-Träger, die enge Abstimmung zwischen Krankenhaus und Entwöhnungseinrichtung sowie den organisierten, begleiteten Transport.

Entsprechende Verfahren sollten generell für die Entzugsbehandlung sowie für Pati-

enten/innen, bei denen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung eine sekundär vorliegende Abhängigkeitserkrankung festgestellt wurde, als Regelversorgung implementiert werden. Damit verbunden ist, dass zur Realisierung entsprechende personelle Strukturen (z.B. Sozialdienst des Krankenhauses) vorhanden sein müssen und auch das Antragsverfahren so gestaltet sein muss, dass es für die Behandler keine zusätzlichen Hürden beinhaltet (z.B. Einsatz eines psychotherapeutischen Befundberichtes für die Beantragung einer Entwöhnungsbehandlung durch niedergelassene Psychotherapeuten).

3. Finanzierung der Adaptionsbehandlung durch gesetzliche Krankenkassen

Die Adaptionsbehandlung als Phase 2 der stationären Entwöhnungsbehandlung wird aktuell nur von einigen gesetzlichen Krankenkassen finanziert. Zu fordern ist, dass generell auch die gesetzliche Krankenversicherung für die Phase 2 der Entwöhnungsbehandlung als Leistungsträger zuständig ist.

4. Nahtlose Weiterbehandlung nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung

Sofern psychotherapeutischer Behandlungsbedarf im Anschluss an eine Entwöhn-

nungsbehandlung weiterhin besteht, sollte die Möglichkeit gegeben sein, dass eine entsprechende Behandlung sich möglichst nahtlos an die Rehabilitationsleistung anschließt. Hierzu sollte die Empfehlung der Entwöhnungseinrichtung als Feststellung der Behandlungsbedürftigkeit ausreichen und den vorgesehenen Sprechstundentermin in einer psychotherapeutischen Praxis ersetzen.

5. Behandlung bei schädlichem Gebrauch

Der schädliche Gebrauch psychotroper Substanzen führt (s. ICD 10) zu einer Gesundheitsschädigung, d.h. die psychische oder physische Gesundheit des Konsumenten ist beeinträchtigt. Bislang gibt es keine Regelung hinsichtlich der Finanzierung entsprechender Behandlungsangebote für den schädlichen Konsum.

6. Kinder Suchtkranker in der Entwöhnungsbehandlung

Die Behandlung von suchtkranken Eltern mit Kindern in der stationären Entwöhnungsbehandlung ist eine wichtige Angebotsform und eröffnet neue Perspektiven für alle Beteiligten. Verbunden mit einer über den suchtkranken Menschen hinausgehenden Behandlung und den Einbezug

der Kinder stellen sich komplexe Anforderungen an die Behandlungseinrichtungen. In der Mehrzahl der Fälle liegt zwar keine diagnostizierte psychische Erkrankung der Kinder/Jugendlichen vor, es bestehen jedoch häufig Verhaltensauffälligkeiten oder Entwicklungsverzögerungen der Kinder. Von daher erweitert sich im Rahmen der Entwöhnungsbehandlung der Fokus von der Behandlung des suchtkranken Elternteils auf die Begleitung, Beratung und Förderung der Kinder/Jugendlichen und den Aufbau einer entsprechenden Elternkompetenz im Umgang mit ihren Kindern in einem geschützten Rahmen.

Problematisch ist, dass die verschiedenen Sozialgesetzbücher (auch das SGB V) allerdings Hilfen und Angebote für den jeweils Versicherten kennen und darüber hinausgehende familienorientierte Rehabilitations- und Behandlungsangebote Neuland darstellen. Anteilige Kosten für diese sog. „Begleitkinder“ werden aktuell überwiegend im Rahmen der begrenzten Mittel der Haushaltshilfe übernommen. Insgesamt ist die leistungsgerechte Finanzierung von Eltern mit Kindern in der Entwöhnungsbehandlung nicht entsprechend geregelt und bedarf einer verbindlichen Grundlage.

Stellungnahme des Fachverbandes Sucht zu den Themen des 2. Dialogforums mit den Schwerpunkten „Selbstbestimmung und Partizipation“

Gerade für suchtkranke Menschen sind unter dem oben aufgeführten thematischen Schwerpunkt folgende Aspekte von besonderer Bedeutung:

1. Wunsch- und Wahlrecht

§ 8 SGB IX beschreibt unter Punkt 1, „bei der Entscheidung über die Leistungen und bei Ausführungen der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen“. Dieser Grundsatz ist auch zukünftig bei der Diskussion um ein qualitätsgesteuertes Änderungsverfahren der Leistungsträger entsprechend zu beachten. Dies beinhaltet auch, dass in § 40 SGB V eine Änderung vorgenommen werden sollte und von einer Zuzahlung des Versicherten¹ abzusehen ist, sofern er eine andere als die von der Krankenkasse ausgewählte Rehabilitationsklinik wählt. Voraussetzung ist, dass diese

zertifiziert und von der Krankenkasse anerkannt ist. Gerade für suchtkranke Menschen ist es wichtig, aufgrund von persönlichen Empfehlungen oder auch eigenständig erworbenen Informationen bei der Auswahl einer Einrichtung beteiligt zu sein. Wichtig wäre auch, den Bereich des Public Reporting durch die Zurverfügungstellung von verlässlichen und verständlichen Informationen für Betroffene/Angehörige/vermittelnde Stellen über Rehabilitationseinrichtungen durch entsprechende Internetportale „neutraler Anbieter“ zu verbessern.

2. Integration der Selbsthilfe in ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen der Suchtkrankenhilfe und -versorgung

Die in der Tradition der Suchtkrankenhilfe gewachsenen Strukturen der Selbsthilfe müssen unterstützt, gefördert und weiterentwickelt werden.

Viele suchtkranke Patienten können sich kaum vorstellen, wie ein abstinentes Leben funktionieren soll. Die Angst ohne Sucht-

mittel im Leben und mit vielen herausfordernden Situationen zurecht zu kommen, bezieht sich auch auf die Zeit nach einer Behandlung. Abstinente lebende suchtkranke Menschen können mit ihren Erfahrungen, wie sie ein suchtkrankes Leben meistern, ungemein wertvoll sein. Sie geben nicht nur praktische Hinweise, sondern machen vor allem Mut. Nur dann, wenn Menschen auch Hoffnung auf Veränderung haben, werden sie entsprechende Energien aufwenden, um eine Behandlung zu absolvieren. Das Problem vieler Selbsthilfeorganisationen heute ist das der Überalterung. Viele Organisationen berichten darüber, dass sie große Nachwuchsprobleme haben, und sich jüngere Betroffene (wir reden hier von einer Altersgruppe unter 40) häufig nicht mehr richtig angesprochen fühlen. Dementsprechend sollten auch dort neue Strukturen (z.B. altersadäquate Internetangebote) aufgebaut werden und es muss der Veränderung der Konsumformen und Ausprägungen Rechnung getragen werden.

Die Integration von Menschen aus Selbsthilfegruppen über Informationsveranstal-

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die männliche Form im geschlechtsübergreifenden Sinn verwendet. Geschlechtsspezifische Angaben sind ausdrücklich gekennzeichnet.

tungen etc. sowohl durch qualifizierte Entzugs-, als auch von Rehabilitationseinrichtungen, und die enge Zusammenarbeit von Selbsthilfegruppen mit ambulanten Suchtberatungsstellen, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten ist eine besondere Herausforderung, die auch entsprechende Ressourcen von allen Beteiligten erfordert. Dabei geht es nicht nur um die Frage der finanziellen Unterstützung der Selbsthilfegruppen, sondern auch um eine Frage der Haltung der Professionellen hinsichtlich der Wertigkeit und der Bereitschaft zur Förderung einer kontinuierlich zu pflegenden Verzahnung mit der Selbsthilfe.

3. Einbezug von Angehörigen in die Suchtkrankenhilfe und Sucht-Rehabilitation

Im Bereich der Suchtberatung und -behandlung stellt die Angehörigenarbeit einen wichtigen Bestandteil dar. Zu unterscheiden ist hierbei, ob es sich um Partner/Eltern oder Kinder handelt, denn deren Bedarfe und die Auswirkungen der Suchterkrankung eines Familienmitglieds auf diese sind unterschiedlich. Der Einbezug von Angehörigen stellt vielfältige Anforderungen an das Hilfesystem, dies erfordert auch entsprechend Ressourcen und geregelte finanzielle Rahmenbedingungen. Gerade für die Kinder von Suchtkranken stellen sich große Herausforderungen, um entsprechende Angebote vor Ort vorhalten zu können.

Der hohe Stellenwert der Angehörigenarbeit wird auch daran deutlich, dass diese im

Bereich der Rehabilitation der Alkoholabhängigkeit ein selbständiges Therapiemodul als Rehabilitationsstandard darstellt. Auch zukünftig muss auf die Integration von Angehörigen in die Behandlung besonderes Augenmerk gelegt werden. Denn zu einem sinnerfüllten und zufriedenen Leben gehören im Wesentlichen auch die sozialen Kontakte und im Speziellen gerade die engen Beziehungen zu Mitmenschen.

Eine Suchterkrankung des Partners als Angehöriger einordnen und verstehen zu können, mit Zustimmung des Betroffenen gemeinsam mit den Therapeuten/Beratern reflektieren zu können, welche gegenseitigen Wünsche, Ängste und Erwartungen vorhanden und welche Verhaltensweisen unterstützend bzw. nicht förderlich sind, stellen wichtige Themenfelder dar, die auch den Alltag der von Sucht Betroffenen prägen. Eine Außerachtlassung dieser Beziehungsebene würde die Gefahr von Rückfällen erhöhen. Darüber hinaus gilt es, auch die Angehörigen eigenständig zu stärken, um dadurch auch die Gefahr von sich gegenseitig bedingenden pathologischen Mustern zu verringern.

4. Integration von Kindern von Suchtkranken in die Entwöhnungsbehandlung

Ein ganz spezielles Segment der Angehörigenarbeit ist die Fokussierung auf Kinder von suchtkranken Patientinnen und Patienten im Bereich der Suchtrehabilitation. Wie im „Rahmenkonzept für Kinder suchtkran-

ker Eltern in der stationären Entwöhnungsbehandlung“ beschrieben, bedarf es besonderer Angebote und struktureller Voraussetzungen, um Kinder von Patienten mit aufnehmen und diese adäquat betreuen und fördern zu können. Dabei geht es darum Kinder, die zwar noch keine eigene Krankheitsdiagnose hinsichtlich einer psychischen Störung haben, aber bereits Verhaltensauffälligkeiten/Entwicklungsdefizite aufweisen, in ihrer Entwicklung zu unterstützen und auch die Elternkompetenz entsprechend zu fördern. Um dies umsetzen zu können, bedarf es eines spezifischen Angebots und einer mit den zuständigen Leistungsträgern abgestimmten und den Bedarfen entsprechenden Finanzierungsstruktur. Die näheren Ausführungen darüber sind im o.g. Rahmenkonzept, ausführlich dargelegt. (Link: <https://www.sucht.de/heft-02-19.html>)

Ansprechpartner:

*Dr. Thomas Klein
Mitglied des Vorstands Fachverband
Sucht e.V.
klein@klinik-eschenburg.de*

*Dr. Volker Weissinger
Geschäftsführer
Fachverband Sucht e.V.
Walramstraße 3
53175 Bonn
Telefon: 02 28/26 15 55
v.weissinger@sucht.de*

Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 18. September 2019

Daniela Ludwig ist neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung

Das Kabinett hat auf Vorschlag von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn Daniela Ludwig (CSU) als neue Drogenbeauftragte der Bundesregierung berufen.

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn: „Ich kenne und schätze Daniela Ludwig seit unserem gemeinsamen Start im Bundestag und ich weiß, dass sie als neue Drogenbeauftragte frischen Wind in das Amt bringen wird. Daniela Ludwig befürwortet ebenso wie ich den offenen Dialog und die fundierte Debatte. Sie wird ihre langjährige Erfahrung als Bundespolitikerin wie auch in der Kommunalpolitik einbringen. Das ist wichtig, weil das Amt der Drogenbeauftragten eine Querschnittsaufgabe über viele Fachgebiete ist. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit.“

Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung Daniela Ludwig sagt: „Ich freue mich, dieses wichtige Amt übernehmen zu dürfen! Gerade weil Sucht so viele Menschen in diesem Land betrifft, ist es gut und richtig, unvoreingenommen auf das Thema zu schauen. So kann ich neue Akzente setzen, was von allen Akteuren als Chance gesehen werden kann. Wichtig ist ein offener Austausch mit allen Playern aus dem Drogen- und Suchtbereich. Dazu gehören auch kontroverse Debatten, die niemand scheuen sollte, wenn sie am Ende des Tages dazu dienen, das Thema positiv voranzubringen.“

Die 44-jährige Juristin Daniela Ludwig ist seit 2002 Mitglied im Deutschen Bundestag und verkehrspolitische Sprecherin der CDU/CSU-Bundestagsfraktion.

Zu den Arbeitsschwerpunkten der Drogenbeauftragten gehören die Förderung und Unterstützung von Initiativen und Aktivitäten der Sucht- und Drogenprävention. Zudem zählt es zu ihren Aufgaben, neue Wege und Schwerpunkte in der Sucht- und Drogenpolitik zu entwickeln, um gesundheitliche, soziale und psychische Probleme zu vermeiden oder abzumildern. Sie vertritt die Sucht- und Drogenpolitik der Bundesregierung auf internationaler Ebene und in der Öffentlichkeit.

Weitere Informationen und den Lebenslauf der Drogenbeauftragten der Bundesregierung erhalten Sie unter: www.drogenbeauftragte.de.

Rahmenkonzept der Deutschen Rentenversicherung zur Adaption in der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen vom 27. März 2019 veröffentlicht

Das Rahmenkonzept soll eine inhaltliche Einordnung der Adaption in das Leistungsspektrum der medizinischen Rehabilitation abhängigkeitskranker Menschen bieten. Zudem werden einheitliche strukturelle Anforderungen beschrieben. Grundlage für diese strukturellen Anforderungen ist einerseits eine im Jahr 2017 durchgeführte Bestandsumfrage bei allen von der Rentenversicherung federgeführten Adaptions-einrichtungen, andererseits sind für die personellen Anforderungen zusätzlich die in der Adaption zu erfüllenden Aufgaben herangezogen worden. Der Prozess der Erarbeitung des Rahmenkonzepts erfolgte im fachlichen Austausch mit den Suchtfachverbänden und Einrichtungsvertretern.

Das Rahmenkonzept gliedert sich in folgende Punkte:

1. Ziele der Adaption
2. Formen der Adaption
3. Zielgruppen und Indikationsstellung
4. Antragsverfahren und Übergang
5. Adaption
 - a. Strukturelle und konzeptionelle Anforderungen
 - b. Inhalte der Adaption
 - c. Rehabilitationsdauer und Frequenz der therapeutischen Angebote
 - d. Praktika
 - e. Nachfolgende Leistungen
 - f. Beendigungskriterien und Entlassungsbericht

6. Personelle Ausstattung
 - a. Rehabilitationsteam und Qualifikation
 - b. Personalbemessung
7. Räumliche Ausstattung, Lage und Erreichbarkeit
8. Qualitätssicherung
9. Notfallmanagement
10. Kooperation und Vernetzung
11. Vergütung

Das Rahmenkonzept kann unter folgendem Link von der Homepage des Fachverbandes Sucht e.V. heruntergeladen werden: <https://www.sucht.de/vereinbarungen-der-leistungstraeger.html>

Der Landschaftsverband Westfalen-Lippe (LWL) informiert:

Neue Grundlage für die Eingliederungshilfe in Nordrhein-Westfalen Landesrahmenvertrag zur Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes unterzeichnet

Düsseldorf (lwl). Ein neuer Landesrahmenvertrag über die Leistungen der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderungen in Nordrhein-Westfalen wurde am Dienstag (23. Juli 2019) von den Landschaftsverbänden Rheinland (LVR) und Westfalen-Lippe (LWL), den kommunalen Spitzenverbänden (Städtetag NRW, Landkreistag NRW, Städte- und Gemeindebund NRW), den Wohlfahrtsverbänden sowie den öffentlichen und privat-gewerblichen Leistungsanbietern im Beisein von NRW-Sozialminister Karl-Josef Laumann unterzeichnet. Die Vereinbarung regelt den Rahmen für die Unterstützungsleistungen für zirka 250.000 Menschen mit wesentlichen Behinderungen in Nordrhein-Westfalen ab 2020.

In der Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes rückt der neue Landesrahmenvertrag die Selbstbestimmung und Teilhabe

von Menschen mit Behinderungen in den Fokus und bestimmt, nach welchen Verfahren und Standards Unterstützungsleistungen künftig erbracht und vergütet werden.

Eine neue Vereinbarung war notwendig geworden, weil zum 1. Januar 2020 die Reform der Eingliederungshilfe als dritte Stufe des Bundesteilhabegesetzes in Kraft tritt. Hintergrund des Gesetzes ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die als Ziele mehr Selbstbestimmung und Teilhabe sowie das Recht auf individuelle Leistungen für Menschen mit Behinderungen in den Mittelpunkt stellt. Dies setzt der neue Vertrag um.

Der Unterstützungsbedarf für Menschen mit Behinderungen wird künftig individuell ermittelt und nach einem einheitlichen System unabhängig von der Wohnform er-

bracht und finanziert. Insbesondere für Menschen, die in bisherigen Wohneinrichtungen leben und unterstützt werden, soll dies einen Zugewinn an Selbstbestimmung und eine stärker am individuellen Bedarf und Wunsch ausgerichtete Leistung bringen. Weitere Neuerungen sind die Regelungen zu Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen beispielsweise in Werkstätten, die einem besseren Schutz der leistungsberechtigten Menschen mit Behinderungen dienen.

Verhandelt wurde das mehr als 200 Seiten starke Vertragswerk zwischen folgenden Vertragspartnern:

- den Landschaftsverbänden Rheinland und Westfalen-Lippe als Träger der Eingliederungshilfe
- Städtetag NRW und Landkreistag NRW für die Kreise und kreisfreien Städte, die örtliche Träger der Eingliederungshilfe sind

- der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Freien Wohlfahrtspflege NRW für die Leistungserbringer.
- der Landesarbeitsgemeinschaft der öffentlichen Träger der Einrichtungen der Behindertenhilfe Nordrhein-Westfalen
- einzelnen Verbände privat-gewerblicher Leistungserbringer

Darüber hinaus haben sich die Sozial- und Selbsthilfeverbände als Interessenvertretung für die Menschen mit Behinderungen aktiv in die Verhandlungen eingebracht. Mehr als 4,9 Milliarden Euro werden bisher jährlich in NRW für die Heilpädagogische Frühförderung, die Schulbegleitung, die Unterstützung in Werkstätten und Wohneinrichtungen, im

Ambulant betreuten Wohnen, bei Mobilitätshilfen und für sonstige Teilhabeleistungen aufgewendet. Auch mit Blick auf die zu erwartende Kostenentwicklung in der Eingliederungshilfe konnten alle Vertragsteile nach den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit, der Sparsamkeit und der Leistungsfähigkeit im Konsens vereinbart werden.

Kontaktdaten für Rückfragen

Für den **Landschaftsverband Westfalen-Lippe:**

Frank Tafertshofer
Tel.: 0251 591 235
frank.tafertshofer@lwl.org

Pressekontakt:

Frank Tafertshofer, LWL-Pressestelle,
Telefon: 0251 591-235 und
Christine Bayer, LVR,
Telefon: 0221 809 7742
presse@lwl.org

Hinweis:

Der Fachverband Sucht e.V. ist einer der Vertragspartner auf Seiten der Verbände der Leistungserbringer.

Aus Wissenschaft und Forschung: Für Sie gelesen

Diese Rubrik der Forschungs-AG des Fachverbandes Sucht¹ möchte auf interessante Publikationen in unserem Arbeitsbereich aufmerksam machen.

¹ Mitglieder: W. Funke (Koordination), A. Günthner, U. Zemlin, J. Lindenmeyer, R. Scheller

- Titel:** AA attendance and abstinence for dually diagnosed patients: a meta-analytic review.
Autoren: Tonigan, J.S., Pearson M.R., Magill, M. & Hagler, K.J. (2018)
Institution: University of New Mexico, Albuquerque (USA), Brown University, Providence (USA)
Quelle: Addiction, 113, 1970–1981
Art der Arbeit: emp. Arbeit
 Meta-Analyse
 Literaturüberblick
 Stellungnahme / Thesenpapier
 sonstiges

Inhalt:

- **Fragestellung / Thema:** Mittels einer metaanalytischen Literaturrecherche wurde untersucht, ob auch Alkoholpatient*Innen mit einer weiteren psychischen Störung (sog. Doppeldiagnosen) langfristig vom Besuch einer Anonymen Alkoholiker Selbsthilfegruppe im Anschluss an eine abstinentorientierte Suchtbehandlung profitieren.
- **Methoden / Probanden:** Für den Zeitraum von 1993 bis 2017 erfüllten 22 randomisiert-kontrollierte Studien mit insgesamt 8.075 Probanden aus den USA die strengen Einschlusskriterien der Autoren. Der Zusammenhang zwischen AA-Gruppen-Besuch und Abstinenz wurde mittels gewichteter Korrelationen berechnet. Außerdem wurde eine Sensitivitäts- und Publikations-Bias-Analyse durchgeführt.
- **Ergebnisse:** Es zeigte sich ein signifikanter positiver Zusammenhang zwischen AA-Gruppenbesuch und Abstinenz ($r_w=0.25$) 6 bzw. 12 Monate im Anschluss an eine abstinentorientierte Suchtbehandlung. In Subgruppenanalysen zeigte sich der positive Zusammenhang unabhängig vom Behandlungssetting (ambulant vs. stationär) und unabhängig davon, ob die Patient*Innen die Diagnose einer Major Depression aufwiesen oder nicht. Die Sensitivitätsanalyse ergab keinen systematischen Einfluss der Studienart oder der Berechnungsart einer Studie auf das Ergebnis. Außerdem ergab sich keinerlei Hinweis auf einen Publikationsbias.
- **Diskussion:** Entgegen der Befürchtung bzw. Skepsis vieler Kliniker profitieren offenbar auch Alkoholpatient*Innen mit einer psychischen Doppeldiagnose vom Besuch einer Anonymen-Alkoholiker-Selbsthilfegruppe im Anschluss an eine Suchtbehandlung in den USA. Die Autoren leiten daraus ab, dass Alkoholpatient*Innen mit Doppeldiagnose immer der Besuch einer AA-Gruppe empfohlen werden sollte. Hierbei sind allerdings gewichtige Limitationen insbesondere bei der Übertragung der Ergebnisse auf die Situation hierzulande zu beachten: Es könnte sein, dass nicht der AA-Besuch spezifisch wirksam ist, sondern die Patient*Innen die dem therapeutischen Rat eines Selbsthilfegruppenbesuchs folgen, an sich schon eine bessere Abstinenzprognose aufweisen. Außerdem ist zu bedenken, dass eine Suchtbehandlung in den USA im Vergleich zu hier meist nur ein eindimensionales Standardprogramm mit wenigen Gruppensitzungen beinhaltet. Insofern muss offen bleiben, ob der Besuch einer AA-Gruppe bei Patient*Innen mit Doppeldiagnosen im Anschluss an die hierzulande übliche komplexe Entwöhnungsbehandlung mit ambulanter Nachsorge bzw. Psychotherapie auch noch einen Zusatznutzen zeigt.

Johannes Lindenmeyer

MEDIAN Kliniken

MEDIAN übernimmt Klinik Eschenburg in Hessen

Fachklinik, Ambulanz und Adaptionseinrichtung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen erweitern Präsenz von MEDIAN in Hessen / Kontinuität für Patienten und Mitarbeiter ist gesichert.

Die Klinik Eschenburg im hessischen Lahn-Dill-Kreis wird in die MEDIAN-Gruppe integriert. Ein entsprechender Kaufvertrag wurde am gestrigen Donnerstag von den Eigentümern und der Geschäftsführung von MEDIAN unterzeichnet. Vorbehaltlich des Eintretens der Vollzugsbedingungen wird die Klinik, die Leistungen im Bereich der stationären und ambulanten Suchttherapie anbietet, voraussichtlich im August offiziell den Eigentümer wechseln. Damit setzt MEDIAN als größter privater deutscher Rehaklinik-Betreiber seinen Wachstumskurs in der Region fort. Über den Jahreswechsel hatte das Gesundheitsunternehmen bereits die Kliniken Wied GmbH & Co. KG im 65 Kilometer entfernten Westerwald übernommen. Beide Einrichtungen verfügen über ein ähnliches Leistungsprofil im Kernbereich Sucht und sollen künftig eng zusammenarbeiten. Über den Kaufpreis für die Klinik Eschenburg wurde Stillschweigen vereinbart.

Schritt in eine sichere Zukunft

„Wir stärken mit diesem Schritt die Versorgung bei Abhängigkeitserkrankungen in der Region Nordhessen“, erklärt Dr. André M. Schmidt die Beweggründe für die Übernahme. „Die Klinik Eschenburg ist hervorragend aufgestellt und ergänzt im Zusammenspiel mit der MEDIAN Klinik Wied perfekt unser Leistungsprofil.“ MEDIAN ist mit dann 30 Fachkliniken und Adaptionshäusern deutschlandweit der Marktführer im Bereich der Rehabilitation von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. „Für die Klinik Eschenburg ist der Eigentümerwechsel ein wichtiger Schritt in eine wirtschaftlich sichere Zukunft“, so Andreas Behrendt und

Dr. Thomas Klein, geschäftsführende Gesellschafter der Klinik Eschenburg KG. „Kleinere Häuser haben es langfristig schwer, sich am umkämpften Reha-Markt zu halten. Von daher ist die Entscheidung für den Verkauf auch eine Entscheidung für die Sicherheit der Arbeitsplätze und Weiterführung des Standortes in die Zukunft.“ Der Betrieb der Klinik läuft ohne Unterbrechung weiter und auch für die Patienten ändert sich nichts. Darüber wurden die 70 Beschäftigten am Freitag im Rahmen einer Mitarbeiterversammlung von Geschäftsführer und CEO Dr. André M. Schmidt informiert.

Konzept erweitert Patientenversorgung

„Unser Ziel ist es, in Eschenburg die vorhandenen Strukturen zu stärken“, erklärt MEDIAN Geschäftsführer und Chief Development Officer (CDO) Benedikt Simon. „Wir wissen die hohe Kompetenz und das Know-how der Beschäftigten sehr zu schätzen und wollen gemeinsam mit ihnen ein erweitertes Konzept zur Patientenversorgung umsetzen. Im Vordergrund steht hierbei zum einen die Integration in das MEDICAL BOARD Abhängigkeitserkrankung. Weiterhin sehen wir Synergien mit dem kürzlich erworbenen Standort in Wied.“ Jetzt gelte es, so Simon, bestehende Organisations- und Behandlungsprozesse zu koordinieren und eine weitere fachliche Stärkung durch den Austausch auf ärztlicher und therapeutischer Ebene zu erreichen. Strategisches Ziel von MEDIAN im Bereich der Abhängigkeitserkrankung ist es, die Kapazitäten in den stark nachgefragten Bereichen Sucht-Reha, Adaption und Soziotherapie in den kommenden Jahren weiter auszubauen, um einer wachsenden Zahl von Betroffenen die Chance auf eine qualitativ hochwertige Behandlung geben zu können. „Auch in weiteren Indikationen möchten wir in den kommenden Jahren weiter wachsen“, sagte der für M&A zuständige CDO Benedikt Si-

mon, „hier können wir aktuellen Gesellschaftern nur empfehlen, rechtzeitig auf uns zuzukommen und aus einer Position der Stärke zu verkaufen.“

Über die Klinik Eschenburg

Die Klinik Eschenburg KG ist eine Fachklinik, Ambulanz und Adaptionseinrichtung für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. Sie verfügt über 87 Therapieplätze für den stationären Aufenthalt. Ein langjährig aufeinander abgestimmtes Behandlungsteam bietet den Patientinnen und Patienten eine suchtmittelfreie Umgebung, in der die oft langjährig bestehende Abhängigkeit in acht bis 16 Wochen überwunden werden kann. Im Anschluss an die fachklinische Behandlung kann eine Adaptionbehandlung den Einstieg in das Erwerbsleben wesentlich fördern und die Fähigkeiten zur Bewältigung des Alltags stärken. Dazu werden in der Klinik Eschenburg derzeit zwölf Therapieplätze bereitgehalten. An den drei Standorten Dillenburg, Wetzlar und Gießen können Patientinnen und Patienten darüber hinaus ambulant behandelt werden. Abhängigkeitserkrankte, die noch nicht in der Lage sind, allein zu leben, können in einer intensiv betreuten Wohngemeinschaft der Klinik Eschenburg die Fähigkeiten für ein eigenständiges Leben trainieren.

Kontakt MEDIAN

MEDIAN Kliniken
Leiterin Marketing, Kommunikation & CRM
Magdalena Nitz
Franklinstraße 28-29, 10587 Berlin
Tel: +49 (30) 530055-161
E-Mail: magdalena.nitz@median-kliniken.de
Web: www.median-kliniken.de

Johannesbad Kliniken Fredeburg

Veränderungen in den Johannesbad Kliniken Fredeburg

Verlagerung Johannesbad Fachklinik Fredeburg

Aufsichtsrat und Vorstand des Johannesbad Unternehmens und die Leitung der Fachklinik Fredeburg haben beschlossen, die Klinik in einen Neubau in die Metropolregion Ruhr nach Dortmund zu verlagern. Der Neubau wird in unmittelbarer Nähe des Berufsförderungswerks Dortmund entstehen und die geplante enge Kooperation mit der beruflichen Rehabilitation eröffnet die Möglichkeit in enger Kooperation zwischen der Klinik, der Deutschen Rentenversicherung und dem Berufsförderungswerk die beruflich orientierte Rehabilitation Abhängigkeitskranker auszubauen und die (Re-)Integrationschancen der Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Baubeginn soll im Jahr 2020 sein. Interessierte können sich auf einem extra Blog (<https://dortmund.johannesbad.de/blog/>) über die Fortschritte des Bauprojekts der neuen Johannesbad Fachklinik in Dortmund informieren.

Das Gebäude der jetzigen Fachklinik Fredeburg bietet der benachbarten Johannesbad Fachklinik Hochsauerland, einer Psychoso-

matischen Rehabilitationsklinik, die Möglichkeit der Erweiterung.

Die Drogeneinrichtung Johannesbad Fachklinik Holthäuser Mühle, bleibt weiter in Schmallenberg-Holthausen bestehen.

Neuer Klinikleiter

Seit Juni 2019 ist das Leitungsteam der Johannesbad Fachkliniken Fredeburg wieder komplett. Neben Elizabeth Clasen, der stellvertretenden Klinikleiterin, führt Elmar Knoche jetzt den Standort mit den drei Einrichtungen.

Herr Elmar Knoche, Dipl. Betriebswirt, blickt auf eine langjährige Leitungserfahrung sowohl im Rehabereich-, Fach- wie auch Akutkrankenhaus zurück.

In seinen vorherigen Stationen, zuletzt als Klinikdirektor für die MEDIAN Kliniken bzw. ATOS Kliniken, hat er sowohl die klassische betriebswirtschaftliche Steuerung anspruchsvoller Klinikkomplexe, wie auch die strategische Entwicklung dieser erfolgreich bewiesen.

Personelle Veränderungen auch in der ärztlichen Leitung

Mit Wirkung vom 19. August 2019 hat der bisherige Chefarzt, Herr Dr. med. Dieter Geyer, die Funktion des Ärztlichen Direktors der Johannesbad Fachkliniken Fredeburg, Holthäuser Mühle und Adaption Dortmund übernommen. Die chefarztliche Leitung der Drogeneinrichtung Johannesbad Fachklinik Holthäuser Mühle und der Johannesbad Adaption Dortmund verbleiben weiterhin in seiner Verantwortung.

Zeitgleich hat Frau Kathrin Lux ihre Arbeit als Chefarztin der Fachklinik Fredeburg aufgenommen. Sie wird somit gemeinsam mit dem erfahrenen Behandlungsteam die Geschicke der Klinik maßgeblich lenken und steuern. Frau Lux ist eine langjährig erfahrene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Aus ihren bisherigen Tätigkeiten auch in Leitungspositionen verfügt Frau Lux über Führungserfahrung im klinischen Alltag.

Gemeinsam mit dem gesamten Projektteam werden Frau Lux und Herr Dr. Geyer in enger Abstimmung mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen die neue Klinik in Dortmund konzipieren.

Tannenhof Berlin Brandenburg

Fachtag für die Sozialbranche stellt Frage nach dem Wandel – 6. September 2019

In der sozialen Arbeitswelt herrschen schon immer besondere Arbeitsbedingungen, Heraus- und Anforderungen. Doch aktuell scheint sich die Situation noch mal mehr zu verändern. Die Arbeitsverdichtung steigt, die Intensität und bei einem sich verschärfenden Arbeitsmarkt nimmt auch der Systeminterne Druck zu.

Doch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im sozialen Bereich gehen auch diese Herausforderungen an, weil sie sich für ihre Arbeit und für die Ziele begeistern und sie leben.

Trotz dieser steigenden Anforderungen, dem hohen Arbeitspensum, dem Fachkräftemangel, der Schwierigkeit in generationsübergreifenden Teams zu arbeiten und dem Treffen von Entscheidungen auch in Risikosituationen, werden große Herausforderungen gemeistert.

Ein Fachtag als Dankeschön

Mit dem Fachtag „Soziale Arbeit im Wandel! Was brauchen wir?“ möchte der Tannenhof Berlin-Brandenburg genau diese Themen in den Fokus nehmen. Wir möchten über die Dinge sprechen, die „knirsch“ sind, die zur Belastung für das System geworden sind oder werden könnten.

Die Veranstaltung ist für die vielen Fachkräfte bspw. aus Sucht- und Familienberatungsstellen, Kliniken, den Rentenversicherungen und Krankenkassen, den Jugend-, Sozial- und Schulämtern und nicht zuletzt den vielen weiteren sozialen Trägern hier in der Region gedacht.

Diesem Personenkreis soll ein Dank ausgesprochen werden für die tagtägliche Arbeit, die sie meistern. Der Tannenhof-Fachtag

2019 will einen Beitrag zu mehr Wertschätzung für die Mitarbeiter der sozialen der Arbeit leisten und neue Impulse setzen, wie diese wichtige Arbeit in der Zukunft gestaltet werden kann und praktische Anwendungsmöglichkeiten zum Umgang mit diesen Themen vorstellen!

Prominent und bunt

Prominent liest sich auch die bisher bekannte Liste der Beteiligten, von denen zwei als Keynote Speaker oder auch in den informativ und multisensitiv ausgerichteten Themenräumen aktiv sein werden. Mit dabei sind unter anderem Komödiant und Schauspieler Markus Majowski, die Mehrgenerationen-Expertin der Hochschule Ludwigshafen Prof. Dr. Jutta Rump, der Sozialpsychologe und Risikoforscher Prof. Dr.

Wolfgang Gaissmaier von der Uni Konstanz oder auch Prof. Dr. Matthias Berking von der Universität Erlangen-Nürnberg, der Erfinder von TEK (Training emotionaler Kompetenzen) gilt.

Der Veranstaltungsort wurde bewusst gewählt: Die Konferenz- und Festräume der

Stadtmission Berlin liegen fußläufig vom Hauptbahnhof entfernt und sind damit sehr gut für alle Beteiligten und Gäste zu erreichen. Auch bieten Sie moderne Event-Ausstattung, ein schönes Ambiente und ist ein Ort mit langer sozialer Tradition?

Neben dem fachlichen Input wird besonde-

res Augenmerk auf den Austausch zwischen den Teilnehmenden, abwechslungsreichen Begegnungen und gemeinsamen Aktivitäten.

<https://www.tannenhof.de/40jahre/fachtag/>

SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle

Neuer Chefarzt

Seit dem 01.07.2019 hat die SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle als neuen Chefarzt Herrn Ulrich Seydlitz, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie.

Zur Fachklinik gehören neben der stationären Entwöhnungsbehandlung weitere Angebote wie ganztägig ambulante Rehabilitation, ambulante Rehabilitation und Adaption.

SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle
Berliner Chaussee 66
39114 Magdeburg
www.fachklinik-alte-oelmuehle

Literaturhinweise

Langlotz-Weis, M.: Körperorientierte Verhaltenstherapie. München: Ernst Reinhardt; ISBN: 978-3-497-02850-4; 19,90 Euro.

Körperpsychotherapie umfasst unterschiedliche Psychotherapiemethoden, die physische und körperliche Dimensionen menschlichen Erlebens gleichwertig in die Behandlung integrieren. Grundgelegt wird, dass Körper und Psyche eine nicht trennbare Einheit bilden. Die Körperwahrnehmung wird genutzt, um unbewusste psychische Prozesse ins Bewusstsein zu bringen. Anwendungsbereiche, zu denen mittlerweile randomisiert-kontrollierte Studien vorliegen, sind die Behandlungen von somatoformen Störungen, chronischer Schizophrenie, chronischen Depressionen. Auch in der Verhaltenstherapie ist das Körpererleben als zentraler Bezugspunkt in Theorie und Praxis aufgenommen worden.

Das Buch beginnt mit der Skizzierung tiefenpsychologischer Grundlagen unter Bezugnahme auf George Downing. Anschließend werden Merkmale der konkreten Arbeit in der Körpertherapie dargelegt: Wie kann das Setting gestaltet werden? Welche Voraussetzungen muss der Therapeut mitbringen? Welche Stellung kommen Selbsterfahrung und Supervision zu? Bei welchen Indikationen ist eine Körperpsy-

chotherapie sinnvoll? Den Hauptteil bilden ausführliche Beschreibungen körperorientierten psychotherapeutischen Arbeitens anhand allgemein relevanter Aspekte wie Berührung, Atmung, therapeutischer Umgang mit Gefühlen, die anhand von zahlreichen Fallbeispielen plastisch beschrieben werden.

Das Besondere dieses Buches sind die umfangreichen Praxisbeispiele, die Langlotz-Weis als erfahrene Praktikerin und Lehrtherapeutin den Leserinnen und Lesern mitgibt und mit denen die Autorin darauf verweist, dass der Körperarbeit in der Verhaltenstherapie ein Stellenwert zukommt.

Plenert, M. / Stöver, H.: Cannabis als Medizin. Praxis-Ratgeber für Patienten, Ärzte und Angehörige. Frankfurt am Main: Fachhochschulverlag; ISBN: 978-3-943787-90-0; 19,00 Euro.

Mit dem am 10. März 2017 in Kraft getretenen Gesetz zur Änderung betäubungsmittelrechtlicher und anderer Vorschriften hat der Gesetzgeber die Möglichkeiten zur Verschreibung von Cannabis als Arzneimittel erweitert. Ärztinnen und Ärzte können seitdem Medizinal-Cannabisblüten oder Cannabisextrakt in pharmazeutischer Qualität unter Einhaltung arznei- und betäubungs-

mittelrechtliche Vorgaben auf einem Betäubungsmittelrezept verschreiben. Damit ist Cannabis für Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen zugelassen und die von Cannabis ausgehende heilende Wirkung bei Krankheiten anerkannt. Für 2019 wird geschätzt, dass 40.000 gesetzlich Krankenversicherte Cannabis als Medizin verschrieben bekommen.

Jetzt liegt ein Praxis-Ratgeber vor, der sich gleichsam an Patient*innen, Ärzt*innen und Angehörige richtet. Das klar strukturierte Inhaltsverzeichnis leitet den interessierten Leser direkt zu den Themen seiner Fragen, alternativ kann der Ratgeber auch von vorne gelesen werden.

Zunächst werden grundlegende Informationen über die Cannabispflanze mit ihren Varianten und Sorten sowie deren zahlreichen Wirkstoffe gegeben. Anschließend wird der praktische Einsatz von Cannabis in der Medizin beschrieben. Es werden Anleitungen für Patienten gegeben, wie das Gesetz praktisch zu nutzen ist: Suchen und Finden des Arztes, Ausstellen der Verordnung, Antrag auf Kostenübernahme einer Therapie bei der Krankenkasse. Zudem werden rechtliche Aspekte, Auswirkungen hinsichtlich des Straßenverkehrs, Umgang mit der Polizei und Reisen mit Cannabismedikamenten behandelt. Der Ratgeber schließt mit einer Sammlung häufig gestellter Fragen- und Antworten.

Veranstaltungen

23.10.2019, Furth im Wald

72. Further Fortbildungstag „Cannabis: Droge – Medikament – oder beides?“

I/A: Johannesbad Fachklinik Furth im Wald,
www.fachklinik-furth.de

23.10.2019 – 25.10.2019, Lissabon (Portugal)

3rd European Conference on Addictive Behaviours and Dependencies

I/A: <http://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019>

23.10.2019, Magdeburg

28. Magdeburger Fachtagung zur Suchttherapie

I/A: SRH Medinet Fachklinik Alte Ölmühle, https://www.fachklinik-alte-oelmuehle.de/files/pdf/fachtagung_10_19.pdf

01.11.2019, Potsdam

20. Rehabilitationswissenschaftliches Symposium „Stress durch digitale Arbeit und veränderte Umwelt“

I/A: Universität Potsdam, https://bbs.charite.de/angebote_fuer_wissenschaftler/symposium/

01.11.2019 – 03.11.2019, Berlin

28. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin (DGS) „Wirkfaktor Behandler*innen“

I/A: www.dgsuchtmedizin.de/kongress/

04.11.2019 – 05.11.2019, Bonn

Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement,

Referent: Dr. Ahmad Khatib

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

11.11.2019 – 12.11.2019, Bonn

Was geht noch – wenn nichts mehr geht? – Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen,

Referentinnen: Gudrun Urland, Natalie Jatzlau

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

18.11.2019 – 19.11.2019, Bonn

Nichts geht mehr?! – Geht doch! – Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA,

Referent: Dr. Hans-Peter Steingass

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

21.11.2019 – 22.11.2019, Bonn

Arbeitstagung: Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker,

Referenten/innen: Alexandra Pyttlik, Thomas Keck,

Norbert Goedecker-Geenen, Dr. Ariane Schulte

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

21.11.2019 – 22.11.2019, Berlin

31. Jahreskongress des Fachverbandes Glücksspielsucht

I/A: www.gluecksspielsucht.de

27.11.2019 – 30.11.2019, Berlin

DGPPN-Kongress 2019 „Die Zukunft im Blick“

I/A: www.dgppnkongress.de/

02.12.2019 – 03.12.2019, Bonn

Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern – Neue Therapieansätze und -strategien,

Referent/in: Dieter Bingel-Schmitz, Sarah Leipner

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

05.12.2020, Berlin

Statuskonferenz 2019: „Digitalisierung und Gesundheitsförderung: Schwerpunkt mHealth“

I/A: Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (BVPG), <https://www.bvpraevention.de>

02.03.2020 – 04.03.2020, Hannover

29. Reha-Kolloquium 2020 – Deutscher Kongress für Rehabilitationsforschung

I/A: www.reha-kolloquium.de

18.03.2020, Bad Hersfeld

18. Hersfelder Forum Alter und Sucht „Eigentlich wollte ich diesen Deckel nicht aufmachen“ – Trauma und Traumareaktivierung im Alter

I/A: MEDIAN Klinik Wigbertshöhe, jean-christoph.schwager@median-kliniken.de, www.median-kliniken.de

22.04.2020 – 23.04.2020, Duisburg

4. Fachtagung Maßregelvollzug und Sucht – Recht Sucht Gesellschaft im Wandel – Forensische Suchtbehandlung auf dem Weg

I/A: www.lwl.org/LWL/Gesundheit/Massregelvollzug/Aktuelles

23.04. – 24.04.2020, Bonn

Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der

Deutschen Rentenversicherung – Bereich Suchtrehabilitation

Referent/in: Anke Mitschele, Ulrich Theissen

I/A: **Fachverband Sucht e.V., Tel.: 0228 261555, sucht@sucht.de, www.sucht.de/fortbildungen.html**

17.06. – 19.06.2020, Münster

Gemeinsamer Suchtkongress „Zusammenhalten und zusammen gestalten“

Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe e.V. / Fachverband Sucht e.V.

I/A: www.dersuchtkongress.de

Basisdokumentation 2018 – Ausgewählte Daten zur Entwöhnungs- behandlung im Fachverband Sucht e.V.

Die Basisdokumentation 2018 liefert einen aktuellen Überblick über umfangreiche soziodemographische Merkmale der Patienten des Entlassjahrgangs 2018, über deren Diagnose- und Behandlungsdaten sowie Daten von der Therapievorbereitung bis zum Behandlungsende. Die Basisdokumentation umfasst sechs Teilbände für

- Fachkliniken für Alkohol-, Medikamentenabhängige
- Fachkliniken für Drogenabhängige
- Adaptionseinrichtungen
- Ambulante Rehabilitationseinrichtungen
- Ganztägig ambulanten (teilstationäre) Rehabilitationseinrichtungen
- Zentrale Ergebnisse im Überblick

Die Broschüre ist zu beziehen (gegen Erstattung der Portokosten) unter:

sucht@sucht.de, <https://www.sucht.de/basisdokumentation.html>



Fachverband Sucht e.V.

„Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ Neuaufgabe 2019

Die Broschüre „Hilfe für Suchtkranke – Verzeichnis der Einrichtungen“ (18. Auflage, 2019) gibt einen detaillierten Überblick über die Behandlungsangebote in den Mitgliedseinrichtungen des FVS.

Die Broschüre wendet sich insbesondere an Multiplikatoren, welche in der Beratung und Vermittlung im Bereich der Suchtkrankenhilfe tätig sind. Der FVS vertritt ca. 6.800 stationäre und viele (ganztägig) ambulante Behandlungsplätze im Bereich der Entwöhnungsbehandlung in Deutschland.

Neben der Beschreibung der jeweiligen Behandlungseinrichtungen finden Sie auch Informationen zu den spezifischen Behandlungsangeboten und den belegenden Leistungsträgern.

Entsprechende jeweils aktualisierte Angaben finden sich auch im Internet unter www.sucht.de unter der Rubrik „Behandlungseinrichtungen“.

Die Broschüre kann bestellt werden (gegen Erstattung der Portokosten):

Fachverband Sucht e. V.

**Walramstraße 3 · 53175 Bonn · Tel. 0228 261555 · Fax 0228 215885 · sucht@sucht.de
<https://www.sucht.de/hilfe-fuer-suchtkranke-bestellformular.html>**





Der gemeinsame Suchtkongress will neue Impulse setzen und Energie verleihen. Fachkollegen, Wissenschaftler, Leistungsträger, politisch Verantwortliche wie auch Vertreter/innen der Selbsthilfe können sich über neue Entwicklungen informieren und austauschen, neue Kontakte knüpfen, sich weiterbilden und Spaß haben:

Das Kongressmotto drückt es schon aus: Die Chancen und Herausforderungen der Suchtkrankenhilfe in Deutschland sind verbandsübergreifend die gleichen. Verbände, Einrichtungen und Mitarbeitende der Suchthilfe rücken und stehen zusammen – zum Wohle unserer Patienten und Rehabilitanden! Beim ersten gemeinsamen Suchtkongress bündeln wir Knowhow, Kontaktmöglichkeiten und Initiative. Diskutieren und gestalten Sie mit und freuen Sie sich auf ein breit angelegtes Programm – bestehend aus Plenumsbeiträgen und Foren mit Themen wie:

- Entwicklungen stoffgebundener Konsummuster und suchtnaher Verhaltensweisen
- Kinder und Jugendliche: Suchtentwicklung, Prävention, Intervention und Angebote in der Suchtrehabilitation
- Entwicklungen in der Suchtbehandlung
- Frühzeitiger Zugang zur Behandlung
- Förderung der beruflichen Teilhabe
- Angebote für chronisch mehrfach beeinträchtigte Suchtkranke: Entwicklungen und Herausforderungen infolge des BTHG
- Psychotherapeutische Methoden und Interventionen: Standard und Innovationen
- Aktuelle Leitlinienentwicklung und ihre Relevanz für die Suchthilfe und -behandlung
- Internet- und mobile-basierte Diagnostik und Intervention
- Qualität und Finanzierung der (Sucht-)Behandlung aus Sicht der Wissenschaft, Behandler und Leistungsträger
- Gewinnung und Bindung von Fachkräften

Um den erfahrungsbedingten Ansatz der Veranstaltung zu betonen, werden zudem im Vorfeld der Kongresseröffnung bereits verschiedene Workshops angeboten. Diese richten sich insbesondere an therapeutisch und in der Beratung tätige Mitarbeiter*innen in ambulanten Beratungsstellen sowie Fachpersonal in der Suchtrehabilitation.

Auf dieser Website www.dersuchtkongress.de finden Sie alles rund um den Kongress. Die Inhalte und Informationen werden zeitnah aktualisiert.

Anmeldung: www.dersuchtkongress.de
Veranstaltungsort: Messe und Congress Centrum
Halle Münsterland GmbH
Albersloher Weg 32, 48155 Münster

**Fachverband
Sucht e.V.** 

**BUNDESVERBAND
FÜR STATIONÄRE
SUCHTKRANKENHILFE**
eingetragener Verein



**Veranstaltungen
des Fachverbandes Sucht e.V.
zur Rehabilitation Abhängigkeitskranker**

**Fachverband
Sucht e.V.** 

Walramstraße 3 • 53175 Bonn
Tel. 0228 261555 • Fax 0228 215885
sucht@sucht.de • www.sucht.de

SEMINARE 2019

Gustav-Stresemann-Institut, Bonn

- | | | |
|----------------|--|-------------------------|
| 06/2019 | Rückfallprophylaxe und Rückfallmanagement
<i>Referent: Dr. Ahmad Khatib</i>
(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in [ganztätig] ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke) | 04. – 05.11.2019 |
| 07/2019 | Was geht noch – wenn nichts mehr geht?
Lösungsorientierte Behandlung von suchtkranken Menschen
<i>Referentinnen: Gudrun Urand, Natalie Jatzlau</i>
(für therapeutisch tätige Mitarbeiter/innen in ambulanten Beratungs- und Behandlungsstellen sowie in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke) | 11. – 12.11.2019 |
| 08/2019 | Nichts geht mehr?! – Geht doch! –
Soziotherapie für chronisch mehrfach beeinträchtigte Abhängige – CMA
<i>Referent: Dr. Hans-Peter Steingass</i>
(für Mitarbeiter/innen [auch Neu- und Quereinsteiger] unterschiedlichster Berufsgruppen, die im Rahmen ihrer Tätigkeit mit chronisch mehrfach beeinträchtigten Abhängigen arbeiten) | 18. – 19.11.2019 |
| 10/2019 | Die Behandlung von pathologischen Glücksspielern –
neue Therapieansätze und -strategien
<i>Referent/in: Dieter Bingel-Schmitz, Sarah Leipner</i>
(für Mitarbeiter/innen in der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, Bezugstherapeuten/innen in der medizinischen Rehabilitation, ärztliche und psychologische Psychotherapeuten/innen) | 02. – 03.12.2019 |

ARBEITSTAGUNG 2019

AMERON Hotel Königshof, Bonn

- | | | |
|----------------|---|-------------------------|
| 09/2019 | Aktuelle Entwicklungen in der Rehabilitation Abhängigkeitskranker
<i>Referenten/innen: Alexandra Pyttlik, Thomas Keck, Norbert Gödecker-Geenen, Dr. Ariane Schulte</i>
(für Geschäftsführer/innen, Verwaltungsleiter/innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke) | 21. – 22.11.2019 |
|----------------|---|-------------------------|

KONGRESS 2020

Münsterlandhalle, Münster

- | | | |
|--|---|-------------------------|
| | Zusammenhalten und zusammen gestalten
GEMEINSAMER SUCHTKONGRESS –
Bundesverband für stationäre Suchtkrankenhilfe – buss / Fachverbandes Sucht e.V. – FVS | 17. – 19.06.2020 |
|--|---|-------------------------|

ARBEITSTAGUNGEN 2020

Hotel Hilton, Bonn

- | | | |
|----------------|--|-------------------------|
| 01/2020 | Aktuelle Entwicklungen in der Qualitätssicherung der Deutschen
Rentenversicherung – Bereich Suchtrehabilitation
<i>Referent/in: Anke Mitschele, Ulrich Theissen</i>
(für Geschäftsführer/innen, Verwaltungsleiter/innen und leitendes Personal in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke) | 23. – 24.04.2020 |
|----------------|--|-------------------------|

SEMINARE 1. Halbjahr 2020

Gustav-Stresemann-Institut, Bonn

- | | | |
|----------------|--|-------------------------|
| 02/2020 | Umgang mit schwierigen Situationen in der Suchtbehandlung
im Bereich Ergo-, Arbeits-, Ernährungs- und Sport-/Bewegungstherapie
<i>Referent: Jannes Hecht</i>
(für Arbeits- und Ergotherapeuten/-therapeutinnen, Sporttherapeuten/-therapeutinnen in Fachkliniken für Abhängigkeitskranke) | 04. – 05.05.2020 |
| 03/2020 | Mein Arbeitsplatz in einer Suchteinrichtung
<i>Referent/in: Andrea Schwerdt, Dr. Hans-Peter Steingass</i>
(für nicht-therapeutisches Personal in stationären Einrichtungen für Alkohol- und Medikamentenabhängige) | 11. – 12.05.2020 |

Weiterführende Informationen zu den Veranstaltungen sowie entsprechende Anmeldeformulare finden Sie auf der Homepage des FVS <https://www.sucht.de> unter der Rubrik Fachpublikum/Veranstaltungen.

Gerne können Sie die Programme unter obiger Anschrift auch in gedruckter Form anfordern.