

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

Julian Strizek, Angelina Brotherhood & Alexandra Puhm

Zusammenfassung

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

Schlüsselwörter: Telehealth, Corona, Suchthilfe, Selbsthilfe

Summary

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

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

Hintergrund

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

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

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

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

² Für die begriffliche Abgrenzung vgl. den nächsten Abschnitt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zu welchen Umstellungen kam es während der Corona-Pandemie?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Grenzen des Einsatzes von *Telehealth*-Angeboten

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

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

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

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

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

se zwar bewährt, kann sich aber sehr ressourcenintensiv gestalten.

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

Gemeinsam durch die Krise – Selbsthilfe während Corona

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ausblick

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

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

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

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

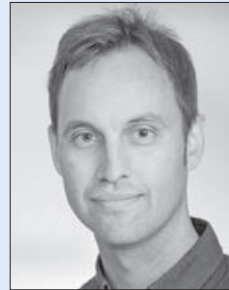
Literatur

- Bergman, B. G. & Kelly, J. F. (2021). Online digital recovery support services: An overview of the science and their potential to help individuals with substance use disorder during COVID-19 and beyond. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 108152.
- Chappel, J. N. (1994). Working a program of recovery in Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11(2), 104–199.
- Coughlin, L. N., Bonar, E. E. & Bickel, W. K. (2021). Considerations for remote delivery of behavioral economic interventions for substance use disorder during COVID-19 and beyond. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 1–4.
- Haug, S. (2019). Chatbots zur Frühintervention und Behandlungsbegleitung bei Alkoholproblemen. *SuchtMagazin*, 45(2), 22–24.
- Hughto, J. M. W., Peterson, L., Perry, N. S., Donoyan, A., Mimiaga, M. J., Nelson, K. M. et al. (2020). The provision of counseling to patients receiving medications for opioid use disorder: Telehealth innovations and challenges in the age of COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 120, 1–3.
- Lin, L. A., Casteel, D., Shigekawa, E., Weyrich, M. S., Roby, D. H. & McMenamin, S. B. (2019). Telemedicine-delivered treatment interventions for substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 101, 38–49.
- Mellor, R. & Ritter, A. (2020). Redressing responses to the treatment gap for people with alcohol problems: The overlooked role of untreated remission from alcohol problems. *Sucht*, 66(1), 21–30.
- Molfenter, T., Boyle, M., Holloway, D. & Zwick, J. (2015). Trends in telemedicine use in addiction treatment. *Addiction Science & Clinical Practice*, 10(1), 1–9.

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

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

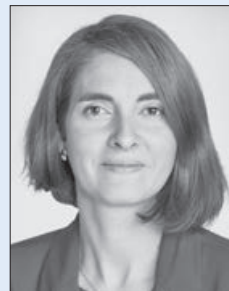
drugs; seizing opportunity in times of chaos. *International Journal on Drug Policy*, 90, 103097.



© Ettl

Mag. Julian Strizek

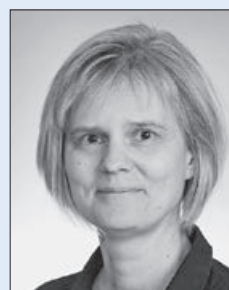
Soziologe. Health Expert am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH. Koordinator des Forschungsprojekts „Sucht(behandlung) in der Krise“. julian.strizek@goeg.at



© Ettl

Mag. Angelina Brotherhood

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



© Ettl

Mag. Dr. Alexandra Puhm, M.Sc.

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