

N° 1/2022

# Momentum

Das österreichische Journal für positive Suchttherapie  
Herausgegeben vom Anton Proksch Institut



Sucht(-behandlung) in Zeiten der Disruption:  
zwischen Digitalisierung und Pandemie



# Editorial

**Liebe Leserin, lieber Leser!**

Vielleicht erinnern Sie sich: Die „Momentum“-Ausgabe vom Sommer 2020 trug den Titel „Entschlossene Schritte ins Unbekannte“. Nun, wir im Anton Proksch Institut, aber auch viele andere Kolleginnen und Kollegen aus Suchtberatung bzw. -behandlung haben diese Schritte gesetzt. Durch das Pandemiemanagement notwendig gewordene, teilweise weitreichende Veränderungen von ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten haben Gestalt angenommen.

Wir sehen nun etwas klarer und können auch einen Blick in post-pandemische Zeiten wagen. Dieser Tatsache haben wir auch dadurch Rechnung getragen, dass auf dem Wiener Suchtsymposium des Anton Proksch Instituts im letzten Jahr ganz bewusst auch den sich bietenden Chancen gebührender Raum gegeben wurde. Was in diesen zwei Tagen im November diskutiert wurde, soll auf den folgenden Seiten noch einmal konzis rekapituliert werden. So ging Georg Psota, Chefarzt des Psychosozialen Dienst der Stadt Wien (PSD), das fruchtbare Wagnis ein, den Zumutungen der Pandemie positive Aspekte abzugewinnen. Schwierige Zeiten können schließlich auch Innovationen befördern (Seite 4-7). Was die Suchtbehandlung betrifft, sind an dieser Stelle besonders digitale Formate in Prävention, Beratung und Behandlung zu nennen. Wie sich Instrumente digitaler Suchtbehandlung in der Krise bewährt haben, diese aber trotzdem kein allein „seligmachendes“ Allheilmittel sind, lesen Sie auf den Seiten 8-11.

Die Frage, die sich daran anschließt: Was können wir in der Zeit nach der Pandemie in die Regelbehandlung überführen? Hier scheint es Konsens zu sein, dass viel für eine Kombination aus analogen und digitalen Elementen spricht (Seite 12-15). Auch den Pre-Congress-Workshop des Suchtsymposiums zur „Epidemiologie, Diagnostik und Behandlung der Tabakabhängigkeit“ wollen wir gebührend abbilden. Sophie Meingassner, Leiterin des Rauchfrei Telefons, gelingt das in ihrem sehr praxisbezogenen Text ausgezeichnet (Seite 18-21).

Gerade in herausfordernden Zeiten ist es besonders wichtig, optimistisch nach vorne zu blicken. Der Optimismus darf daher auch in diesem Momentum nicht zu kurz kommen.



## **4 Psychiatrische Behandlung in einer ver-rückten Welt**

Georg Psota

## **8 Digitale Sucht- behandlung: Chancen und Risiken**

Oliver Scheibenbogen,  
Lisa Brunner, Bettina  
Hölblinger

## **12 Teletherapie: So fern und doch so nah!**

Wolfgang Beiglböck

## **14 Suchtarbeit nach der Pandemie**

Stimmen aus der Praxis

## **16 1,5 Jahre Pandemie**

Eine visuelle  
Bestandsaufnahme

## **18 Nikotinsucht und wie sie behandelt werden kann**

Sophie Meingassner

**Und das ist etwas, das ich Ihnen, neben einer anregenden Lektüre,  
auch ganz persönlich wünsche!**

DSA Gabriele Gottwald-Nathaniel, MAS  
Geschäftsführerin

PS: Abo-Bestellungen sind weiterhin kostenlos unter [abo@api.or.at](mailto:abo@api.or.at) möglich!



# Psychiatrische Behandlung in einer *ver-rückten* Welt

Philosophische und sozialpsychiatrische Überlegungen zu Herausforderungen der pandemischen Verwerfung und wie daraus eine Sozialpsychiatrie der Zukunft entwickelt werden kann.

**GEORG PSOTA**

**A**ls ich eine Präsentation zum titelgebenden Thema vorbereitet habe, die Mitte November 2021 beim Wiener Suchtsymposium gehalten werden sollte, stand Österreich gerade am Beginn der 4. Welle der Corona-Pandemie. Zum Zeitpunkt des Schreibens des darauf aufbauenden Artikels befand sich das Land wieder einmal im Lockdown. Gar keine Frage: Die Welt hat sich verändert in den vergangenen fast zwei Jahren, die uns die Pandemie mittlerweile in Atem hält. Aber ist die Welt tatsächlich verrückt geworden? (Gemeint ist hier verrückt im eigentlichen Wortsinn: also „an einem anderen Platz“ oder „verschoben“.) Und was bedeutet das für die Psychiatrie und die Behandlung von Suchterkrankungen? Wie kann und muss sie mit den Neuerungen umgehen? Ist es immer ganz schlecht, wenn es zu Verrückungen kommt? Denn dies bedeutet schließlich nichts anderes, als eine andere Perspektive einzunehmen und Dinge auf andere Art und Weise wahrzunehmen, als es üblich ist. Wie aber muss mit den Verrückungen umgegangen werden, um Positives zu kreieren?



**DR. GEORG PSOTA** ist Facharzt für Psychiatrie und Neurologie und Chefarzt der Psychosozialen Dienste in Wien.

## **Verrückungen faktenbasiert begegnen**

Fest steht jedenfalls, dass die derzeitige Pandemie nicht die erste Verrückung in der Geschichte der Welt war. Solche gab es selbstverständlich seit Menschengedenken und immer haben sie zu Neuerungen bzw. neuen Ansätzen geführt. Um

diese Neuerungen allerdings zu einem Guten zu führen, war es schon immer notwendig, faktenbasiert und den wissenschaftlichen Erkenntnissen folgend zu agieren. Denn Änderungen haben es an sich, Verwirrungen, Ängste und Unverständnis mit sich zu bringen. Und daraus ergeben sich Gefahren. Oder wie es Hannah Arendt in ihrem 1955 auch auf Deutsch erschienenem Buch „Elemente und Ursprünge totaler Herrschaft“ in Bezug auf die katastrophalsten Verrückungen des 20. Jahrhunderts formulierte: „In einer sich ständig verändernden, unverständlichen Welt waren die Massen an einem Punkt angelangt, an dem sie gleichzeitig alles und nichts glaubten, alles für möglich und nichts für wahr hielten.“

Alles für möglich und nichts für wahr halten? Klingt durchaus vertraut, wenn man sich die aktuellen Debatten ansieht und anhört. Doch was bedeutet das für die Sozialpsychiatrie und wie kann sie damit umgehen? Die Grundsätze der Sozialpsychiatrie haben sich seit fast 50 Jahren nicht verändert. Was Heinz Katschnig im Jahr 1974 als Paradigmen vorgestellt hat, hat seine Gültigkeit nicht verloren. Ambulante Behandlung soll Vorrang vor tagesklinischer und diese wiederum Vorrang vor stationärer Behandlung haben. Gemeindenah geht vor zentralisiert und bedarfsorientiert vor krankheitsorientiert. In den vergangenen Jahren haben wir es gerade in Wien in vielen Bereichen geschafft, Fortschritte zu machen und uns diesen Paradigmen stark anzunähern.







### **Erleben existenzieller Ängste könnte Entstigmatisierung befördern**

Doch es gibt auch Bereiche, in denen das bisher nicht gelungen ist. Als im April 1979 der Wiener Gemeinderat den Zielplan „Psychiatrische und psychosoziale Versorgung in Wien“ genehmigte und damit einen Meilenstein in der Wiener Psychiatriereform setzte, war darin unter anderem die vom kongenialen Duo Alois Stacher und Stephan Rudas

## **Wer sich den Fuß bricht, lässt diesen *behandeln*. Wer an einer psychischen Erkrankung leidet, versucht, diese zu *verstecken*.**

erhobene Forderung enthalten: „Psychisch Kranke oder Behinderte sind körperlich Kranken und Behinderten gleichzustellen. Hierzu müssen die gesetzlichen, sozialrechtlichen und medizinischen Voraussetzungen geschaffene beziehungsweise verbessert werden.“ Auch wenn sich die Sprache in den vergangenen Jahrzehnten geändert haben mag und wenn aus rechtlicher und medizinischer Perspektive ohne Zweifel Verbesserungen eingetreten sind, bleiben die Barrieren in den Köpfen vieler bestehen. Weiterhin gibt es gegenüber psychischen Erkrankungen ein massives Stigma. Psychische Erkrankungen sind körperlichen Erkrankungen auch heute noch nicht gleichgestellt. Wer sich den Fuß bricht, lässt diesen von Ärztinnen oder Ärzten behandeln. Wer an einer psychischen Erkrankung leidet, versucht, diese zu verstecken, zieht sich zurück, möchte sich mit der Krankheit und den Stigmata nicht auseinandersetzen und fürchtet die gesellschaftliche Ausgrenzung.

Gerade in der aktuellen Pandemie hat es diesbezüglich allerdings klare Verschiebungen gegeben. Viele Menschen haben erstmals Isolation erlebt und kamen mit existenziellen Ängsten in Berührung. Auch breitenwirksame Medien haben psychische Erkrankungen als Thema entdeckt. Dadurch scheint die Corona-Krise zu einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen beigetragen zu haben. Doch der Schein trügt etwas. Eventuell hat ein größerer Teil der Bevölkerung durch die eigenen Erfahrungen, die in den vergangenen beinahe zwei Jahren durchlebt wurden, mehr Verständnis für depressive Erkrankungen oder Angsterkrankungen entwickelt. Für viele andere psychische Krankheitsbilder wie etwa Schizophrenie oder bipolare Störungen, aber auch Suchterkrankungen dürfte dies nicht gelten. Dennoch könnte die Pandemie ein Auslöser dafür sein, einen wichtigen und überfälligen Schritt

hin zu einer Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und der Gleichstellung mit körperlichen Krankheiten zu machen.

### **Psychosoziale Folgen ungeahnten Ausmaßes**

Dabei wäre eine intensive Auseinandersetzung mit psychischen Erkrankungen gerade jetzt umso wichtiger. Denn die Pandemie hat psychosoziale Folgen bisher noch ungeahnten Ausmaßes hervorgerufen. Einerseits ist es die Angst vor der eigenen Erkrankung oder die Sorge um Verwandte, Freundinnen, Freunde und Bekannte, die zu einem Anstieg der psychischen Erkrankungen führt. Andererseits sind es die Maßnahmen, die die Pandemie eindämmen sollen, die ebenfalls das Risiko erhöhen. Einsamkeit und soziale Isolation, fehlende Tagesstruktur, Einschränkungen in der Sozial- und Gesundheitsversorgung führen zu Neuerkrankungen sowie Verschlechterungen bereits bestehender psychischer und körperlicher Erkrankungen und Schmerzsymptome. Zu den Auswirkungen der Pandemiebekämpfung zählen auch Mehrfachbelastungen und erhöhter Stress, wodurch Konflikte und häusliche Gewalt ansteigen. Die häufigsten psychischen Reaktionen sind akute Belastungsreaktionen, Nervosität, Irritabilität, Schlafstörungen, Angststörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungssyndrome und Substanzmissbrauch.

Die kurzfristige Herausforderung liegt in der Bekämpfung der Pandemie und dem Schutz vor Infektion. Nach beinahe zwei Jahren sind die Maßnahmen bekannt und auch relativ einfach handhabbar. Abstand halten, Hygiene, Maske, regelmäßiges Testen und Impfen. Anders sieht dies jedoch bei den mittel- und längerfristigen Auswirkungen aus. Long COVID, also die Nachwirkungen einer überstandenen COVID-Erkrankung, wird uns noch lange beschäftigen. Erste Studien weisen darauf hin, dass die Folgen, gerade auch im psychischen Bereich, enorm sein werden. Eine Untersuchung von Maxime Taquet zeigt, dass bei mehr als einem Drittel der über 230.000 untersuchten COVID-Genesenen neurologische oder psychiatrische Folgeerscheinungen auftreten.

Weitere Studien belegen psychische Auswirkungen der Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie. 82 Prozent der Personen mit Demenz berichten von einer Verschlechterung ihrer Symptome. 34 Prozent empfinden verstärkt Angstsymptome und ein Großteil älterer Menschen berichtet von einer Verdoppelung depressiver Symptome. Zudem kam es zu vermehrten Fällen von Delir, einer Bewusstseinsstörung, die in den vergangenen Jahrzehnten deutlich reduziert werden konnte. Als wichtigste Gegenmaßnahme gilt dabei die Verhinderung von Isolation. COVID-19 hat diese Bemühungen zurückgeworfen.

### **Anzahl der verlorenen gesunden Lebensjahre steigt massiv**

Damian Santomauro kam in seiner im Oktober 2021 veröffentlichten Modellrechnung zum Schluss, dass

Angsterkrankungen weltweit um mehr als 25 Prozent zunahm und insgesamt 44,5 Millionen DALYs, also verlorene gesunde Lebensjahre, verursachten. Depressionen sind dieser Untersuchung zur Folge um mehr als 27 Prozent gestiegen, was 49,7 Millionen DALYs zur Folge hatte.

Studien aus den Vereinigten Staaten und Kanada zeigen außerdem eine deutliche Zunahme von Substanzmissbräuchen während der Pandemie. Eine Untersuchung mit mehr als 3.000 Personen bringt etwa eine Zunahme des Alkoholkonsums um 23 Prozent und eine Zunahme des Konsums anderer Drogen um 16 Prozent zu Tage. Studienautor Steven Taylor kommt zu dem Schluss, dass dies einerseits mit den von der Pandemie ausgelösten traumatischen Stresssymptomen zusammenhängt, aber auch mit der Nichteinhaltung von Distanzierungsmaßnahmen.

Auch wenn all diese Zahlen auf Grund des geringen Datenbestands und vor allem der – wissenschaftlich gesehen – bisherigen Kürze der Pandemie noch weiterführenden Studien unterzogen und verifiziert werden müssen, bildet sich doch eine klare Tendenz heraus: Psychiatrische Erkrankungen haben während der Pandemie zugenommen und werden wohl noch weiter zunehmen. Man geht davon aus, dass sich bis 2030 unter den fünf wichtigsten Ursachen von DALYs in Industrieländern drei Sucht- bzw. psychische Erkrankungen finden werden: unipolare depressive Erkrankungen an erster Stelle, Alzheimer und andere Formen der Demenz auf Platz drei und Alkoholerkrankungen auf Platz fünf. Unterscheidet man nach Geschlechtern werden bei Frauen weiterhin unipolare depressive Erkrankungen sowie Alzheimer und andere Formen der Demenz die ersten beiden Plätze einnehmen. Bei Männern werden Alkoholerkrankungen und unipolare depressive Erkrankungen für die meisten verlorenen gesunden Lebensjahre verantwortlich sein. Hinzu kommen häufige Komorbiditäten zwischen Suchterkrankungen und psychischen Erkrankungen, die mittlerweile gut untersucht sind.

#### **Auf dem Weg zur Sozialpsychiatrie der Zukunft**

All das führt zu einer Vielzahl an Herausforderungen für die psychiatrische Behandlung und zurück zur Ausgangsfrage dieses Beitrags: Was bedeutet all dies für eine zeitgemäße sozialpsychiatrische Behandlung und Versorgung und in welcher Form muss für die kommenden Jahre vorgesorgt werden? Zunächst muss man sich der Breite psychiatrischer Unterstützung bewusst werden. Die Psychiatrie ist für alle Altersgruppen zuständig, allerdings mit unterschiedlichen Zugängen. Und die Psychiatrie ist außerdem für das gesamte psychische Erkrankungsspektrum verantwortlich. Von Zwangsstörungen über Substanzabhängigkeiten bis hin zu Angststörungen reicht hier das Spektrum. Weiters ist es notwendig, sich verstärkt der Früherkennung zu widmen. Schon seit längerem wissen wir, dass die

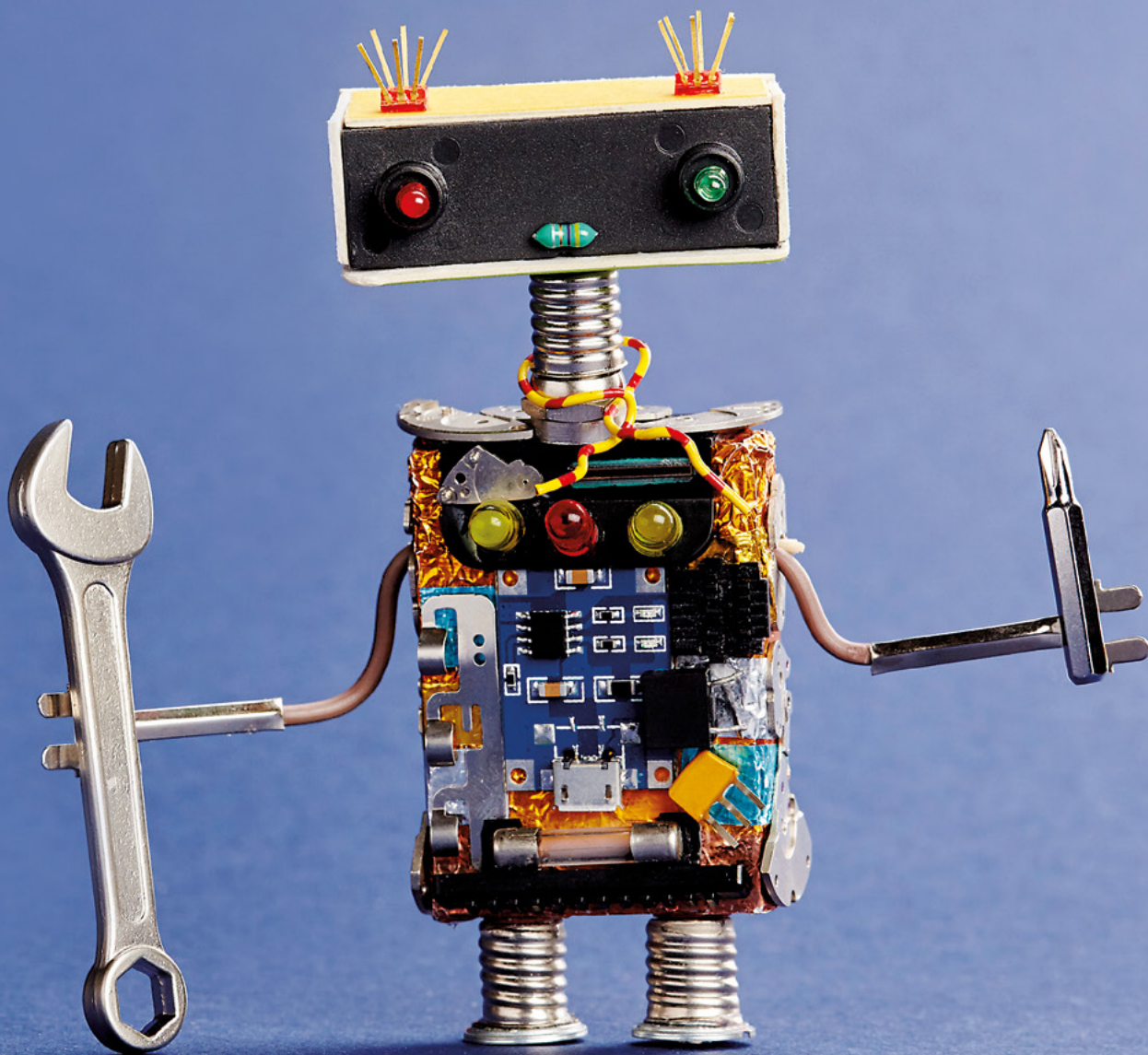
Hälfte aller psychischen Störungen des Erwachsenenalters bereits im 14. Lebensjahr manifest ist. Nicht zuletzt muss die Transitionspsychiatrie verbessert werden: Eine gezielte Begleitung vom Jugend- ins Erwachsenenalter ist dringend notwendig. Hier gilt es, Versorgungskontinuität zu gewährleisten, indem entsprechende Strukturen auf- und ausgebaut bzw. weiterentwickelt werden. Anleihen kann man sich bei Modellprojekten im europäischen und außereuropäischen Raum holen, erste Erfahrungen mit Telemedizin haben sich als vielversprechend erwiesen. Gerade in Zeiten des Lockdowns hat die Unterstützung der Arbeit durch elektronische Hilfsmittel einen unglaublichen Aufschwung erlebt. Die mediale Kompetenz ist ebenfalls deutlich gestiegen. So kann E-Mental Health, bei Einhaltung gewisser Voraussetzungen, eine ergänzende Chance für die Verbesserung des Zugangs, der Früherkennung sowie der Behandlung bieten.

All dies ist notwendig, um die Sozialpsychiatrie der Zukunft zu formen und den Neuerungen zu begegnen, die durch Verrückungen entstehen. Die

## **Psychiatrische Erkrankungen haben *während der Pandemie* zugenommen und werden wohl noch weiter zunehmen.**

Sozialpsychiatrie der Zukunft hat mit einem vielfältigeren Kreis von Patientinnen und Patienten zu tun als in der Vergangenheit. Sie werden jünger sein, die Behandlungen werden zu einem früheren Zeitpunkt einsetzen, Prävention wird bedeutender. Die behandelnden Teams werden stärker multi- und interdisziplinär geprägt sein und das Ziel der Behandlung die soziale Komponente noch stärker im Fokus haben.

Auch wenn die Sozialpsychiatrie unter anderem auf Grund der derzeitigen Pandemie in zehn Jahren ganz anders aussehen wird als heute, eines bleibt bestehen: Die psychische Gesundheit muss Priorität haben. Zum Wohle der Patienten und Patientinnen, vor allem aber auch der Gesellschaft. Daran müssen wir alle arbeiten. ■





# Digitale Sucht- behandlung: *Chancen und Risiken*

Nach beinahe zwei Jahren Suchthilfe unter den Bedingungen der Pandemie ist eine Bestandsaufnahme von Herausforderungen und Möglichkeitsräumen angebracht. Im Folgenden drei Perspektiven auf Aspekte der Behandlung, Prävention und Beratung im Zeitalter der Digitalisierung.

## Appgestützte Therapie: Dehumanisierung oder sinnvolle Erweiterung?

**OLIVER SCHEIBENBOGEN**

Stellen Sie sich vor, Sie werden von einer Künstlichen Intelligenz bzw. einem Computer aufgrund ihrer psychischen Probleme behandelt und nicht, wie bisher üblich, von einem Ihnen gegenüberstehenden empathischen Menschen. Stellen Sie sich weiter vor, dieser „künstliche Therapeut“ befindet sich in Form Ihres Smartphones stets verfügbar in ihrer eigenen Hosentasche, alle in der Kommunikation erfassten Daten aber landen auf dem Server eines großen internationalen Technologieunternehmens. Wer Zugriff auf Ihre sehr intimen Daten hat und zu welchem Zweck diese verwendet werden, ist nicht nachvollziehbar. Diese Dystopie könnte aus einem Science-Fiction-Roman stammen. Wir sind einer solchen Zukunft jedoch viel näher, als man vermuten möchte. Miralles et al. (2020) konnten in einem groß angelegten Review zeigen, dass ein Drittel bis zur Hälfte aller untersuchten Apps zur Behandlung von psychischen Problemen (ca. 10 Prozent davon solche zur Suchtbehandlung) keine Datenschutzrichtlinien

aufweisen. Viele geben Daten sogar zu Werbe- und Marketingzwecken an Dritte weiter. Doch wem gehören über Tracking Apps gesammelte Daten? Wie sicher sind sie gespeichert? Denn während sensible gesundheitsbezogene Daten auf speziell abgesicherten Gesundheitsservern abgelegt werden, gelten diese Regelungen für Applikationen aus Stores der Rubrik „Gesundheit und Fitness“ zumeist nicht. Neben dem großen Thema Datenschutz bzw. Datensicherheit gibt es weitere ungelöste Probleme beim Einsatz von Smartphone-Apps zur Krankenbehandlung. Stellt sich nämlich eine Applikation als wirksam heraus, so muss doch davon ausgegangen werden, dass es, ähnlich wie bei (Psycho-)Pharmaka, auch hier unerwünschte Nebenwirkungen gibt. Die Forschung zu diesem Thema hat aber eben erst begonnen. Ein Hauptargument für den Einsatz App-gestützter Behandlungsverfahren ist etwa die propagierte Verringerung der Zugangsschwelle zur Behandlung. Selbstbehandlungs-Apps können jedoch genau



**DR. OLIVER SCHEIBENBOGEN**  
studierte Psychologie an der Uni Wien und der Humanuniversität Liechtenstein und ist ausgebildeter Klinischer und Gesundheitspsychologe. Er leitet den Bereich Klinische Psychologie am Anton Proksch Institut.

das Gegenteil bewirken, indem sie suggerieren, dass bereits etwas Wirksames gegen die Problematik unternommen wird und weitere fachliche Hilfeleistung gegenwärtig nicht nötig sei.

Ganz fundamental: Apps werden in der Regel zur Behandlung eines eng umschriebenen Störungsbildes konzipiert, z.B. ausschließlich zur Behandlung von Alkoholabhängigkeit. Ganzheitliche Behandlungsansätze, die auch komorbide Störungen sowie die Betrachtung weiterer systemisch relevanter Faktoren berücksichtigen, werden, obwohl in der traditionellen Face-2-Face-Behandlung als Gold-Standard seit Jahrzehnten etabliert, in digitalen Behandlungsformen gänzlich ignoriert. Nichtsdestotrotz sollte auf die Verwendung von Smartphone-Apps in der Behandlung psychischer Erkrankungen und damit auch in der Therapie von Suchterkrankungen nicht verzichtet werden, denn sie bringen, bei richtiger Anwendung, viele Vorteile. Smartphones sind sehr gut für therapeutische Zwecke nutzbar. Mittlerweile gibt es erste Hinweise, dass das Smartphone aufgrund intensiven Gebrauchs zunehmend als Teil des eigenen Körpers wahrgenommen wird. Diese Präsenz lässt therapeutisch induziertes Arbeiten an den eigenen Problemen in nahezu allen Lebenslagen zu. Aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer

Sicht werden Verstärkerfrequenzen möglich, die bei wöchentlichen Therapiekontakten im Standardsetting undenkbar wären.

Der Einsatz von (Sucht-)Therapie-Apps sollte aber ausnahmslos in Kombination mit professioneller Hilfe erfolgen. So können zwar physische Kontakte unter Umständen geringfügig reduziert werden, gänzlich darauf zu verzichten, würde jedoch bedeuten, dass Patientinnen und Patienten weitgehend sich selbst überlassen werden – aus fachlicher Behandlung wird Selbstbehandlung. Wie zahlreiche Studien zeigen, ist therapeutische Guidance unerlässlich. Sie reduziert die Drop-Out-Rate drastisch und verdoppelt sogar die Effektstärke von App-gestützten Interventionen. Auch für Smartphone-Apps gilt, dass diese kein Ersatz für Face-2-Face-Begegnungen zwischen Behandelnden und Patientinnen bzw. Patienten sein können.

Es ist weiters zwingend nötig, dass diese neuen Technologien von Gesundheitsdiensteanbietern, staatlichen Institutionen und Kostenträgern sowie Universitäten eingesetzt bzw. beforscht werden und nicht von großen Technologieunternehmen. Wollen wir diesen das Feld nicht gänzlich überlassen, müssen wir uns künftig noch viel intensiver mit dieser Thematik beschäftigen.

## E-Mental Health in Behandlung und Prävention

**LISA BRUNNER**

Digitalisierung bringt es mit sich, dass immer mehr Angebote und Dienstleistungen in den digitalen Raum wandern. Auch die Vermittlung von psychischer Gesundheitsvorsorge, Psychoedukation und sogar die Behandlung von psychischen Erkrankungen – wie zum Beispiel Substanzkonsumstörungen – wird zunehmend mit Hilfe von Informationstechnologien angeboten. Der englische Begriff E-Mental Health (EMH) versucht, diese neue Art von digitalen, psychosozialen Maßnahmen zu umfassen. Diese reichen von selbstgesteuerter, unstrukturierter Psychoedukation in Form von informativen Websites über soziale Unterstützung durch Online-Selbsthilfegruppen bis zu strukturierter, internetgestützter Einzel-Psychotherapie. Alle eint das Ziel, die Reichweite bestehender Angebote zu erhöhen, kostengünstige Alternativen anzubieten und (Be-)Handlungsbarrieren so gering wie möglich zu halten.



**MAG.ª LISA BRUNNER**

ist Leiterin des Instituts für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien und Vorstandsvorsitzende der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung.

### **Eine große Chance**

Die Anwendung von EMH-Maßnahmen in der Prävention und Behandlung von Substanzkonsumstörungen ist eine große Chance. Laut aktuellen Studien befindet sich nur ein Bruchteil der Personen mit Substanzkonsumstörungen in professioneller Behandlung (etwa 25 Prozent je nach Studie

und Substanz). Gleichzeitig äußert ein Großteil der Betroffenen den Wunsch, etwas an Konsum und Verhalten zu verändern. Die Gründe, wieso trotz Veränderungswunsch und Leidensdruck kein klassisches Behandlungsangebot wahrgenommen wird, sind individuell verschieden und vielseitig. Psychische Erkrankungen sind jedenfalls immer noch stigmatisiert und für Betroffene zum Teil mit sehr viel Scham verbunden. Anonyme digitale Angebote können daher eine sehr gute Möglichkeit darstellen, Vorurteile abzubauen und Schritte der Veränderung zu setzen. Oft bestehen auch Glaube und Wunsch, Schwierigkeiten selbst lösen zu müssen. Da viele EMH-Maßnahmen eigenständig von zuhause gesetzt werden, können sie das Gefühl der Selbstwirksamkeit erhöhen.

Digitale Angebote ergänzen zudem besonders im ländlichen Raum das Hilffssystem, da sie spezialisierte und effektive Maßnahmen ohne jegliche räumliche Barriere direkt zu den Klientinnen und Klienten bringen. Damit Personengruppen ohne (schnelle) Internetanbindung nicht ausgeschlossen werden, muss dieser Umstand bei der Planung von Versorgungsnetzwerken berücksichtigt werden. Ein weiterer Vorteil von EMH-Maßnahmen: Sie sind stets verfügbar und flexibel in den Alltag integrierbar.



Nicht unwesentlich für Angebote des öffentlichen Gesundheitssystems ist der Kostenfaktor. EMH-Maßnahmen sind kosteneffizient. Nach initialer Entwicklung sind flächendeckende Ausweitung und Skalierung oft relativ günstig möglich. Auch personelle und klientenbezogene Ressourcen

werden geschont. Kleinere medizinische oder psychosoziale Teams können zeitnah effektive Hilfe anbieten. Besonders bei Suchterkrankungen hat sich gezeigt, dass frühzeitige Interventionen besonders wirksam sind. Genau das ermöglichen digitale Angebote.

## Niederschwellige Suchtarbeit im digitalen Zeitalter

**BETTINA HÖBLINGER**

Die Suchthilfe Wien bietet seit über 20 Jahren mit der Initiative checkit! mobiles Integriertes Drug Checking (IDC) auf Events in Wien und Umgebung an. Im Rahmen des IDC wird das gewonnene Analyseergebnis mit einem Informations- oder Beratungsgespräch verknüpft, um optimale Suchtprävention zu ermöglichen. Durch Drug Checking gelingt der Zugang zu einer schwer erreichbaren Personengruppe, die mit klassischen Angeboten der Suchthilfe nur schwer erreicht wird.

Folgende Zielsetzungen bilden den Kern des IDC: Risikoreduktion durch objektive Information, Harm Reduction, Frühintervention bei Konsumentinnen und Konsumenten, die an der Schwelle eines problematischen Konsums stehen, Förderung von Risikobewusstsein und Risikokompetenz sowie einer drogenkonsumkritischen Haltung, Warnung vor gesundheitlich bedenklichen Substanzen sowie der Gewinn von wissenschaftlichen Erkenntnissen über Substanzen, Konsumverhalten, Motive und Trends.

### Herausforderung Digitalisierung

Die Digitalisierung erweist sich als große Herausforderung für die Suchtprävention generell und damit auch im Rahmen des IDC. Sie beeinflusst den Drogenhandel selbst und verändert die Verfügbarkeit von Substanzen. Dies kann zum Entstehen neuer Konsumierendengruppen bzw. neuer Konsummotive beitragen. Auch während der Pandemie werden verstärkt verschlüsselte Nachrichtendienste und Social-Media-Plattformen adaptiert, Drogenmärkte weiter digitalisiert. Institutionen wie die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht gehen davon aus, dass dieser Prozess nach Ende der Corona-Krise weiter vorangetrieben wird.

checkit! reagiert darauf mit einem erweiterten Angebot von Drug Checking in der Homepage (= Beratungs- und Informationsstelle in der Wiener Gumpendorferstraße 8) und in Apotheken speziell im Rahmen der Früherkennung und Frühintervention. Zusätzlich können seit Ende 2019 psychoaktive Substanzen nun auch abseits von Events in der Homepage abgegeben werden, seit Juni 2020 im Rahmen eines Pilotprojekts auch in ausgewählten Apotheken; in beiden Fällen kostenfrei und anonym. Derzeit kann das IDC-Angebot

in der Homepage nach Online-Buchung eines Termins zweimal wöchentlich, IDC über Apotheken aktuell an zwei Standorten in Wien genutzt werden. Die Proben werden online angemeldet, verpackt sowie mit einem Probencode versehen und dann in eine Probenbox eingeworfen. Informations- und Beratungsgespräche finden aufgrund der Pandemie online via verschlüsselter E-Mail-Nachricht, telefonisch oder per Videochat statt. Auf Wunsch kann unter Einhaltung aller Sicherheitsmaßnahmen auch ein persönlicher Termin stattfinden.

### Konsummuster berücksichtigen

Mit diesem Angebot sollen unter anderem jene Freizeitdrogenkonsumentinnen und -konsumenten erreicht werden, die andere Konsummuster aufweisen als jene auf Events. Dabei handelt es sich z.B. um Menschen, die mittels Substanzkonsum ihre Leistung steigern wollen; Personen, die sich Substanzen nach Hause bestellen und auch dort konsumieren; Psychonautinnen und Psychonauten; Hochrisikokonsumentinnen und -konsumenten oder Konsumentinnen und Konsumenten synthetischer Cannabinoide. Zusätzlich ermöglicht das neue System ein umfassenderes Monitoring von Hochrisikosubstanzen und soll genauere Daten zu Konsummotivationen und -mustern liefern. Es ist ein weiterer Schritt auf dem Weg, sucht- bzw. konsumspezifische Angebote ins allgemeine medizinische und soziale Hilfsangebot zu integrieren.

IDC in der Homepage und in Apotheken wird sehr gut angenommen, die Anzahl der Beratungs- und Informationsgespräche ist gestiegen. Dazu trägt bei, dass das Angebot auch während der Pandemie – mit Adaptionen – umsetzbar bleibt. ■

Informationen über weiterführende Literatur zu den drei vorangegangenen Texten stellen wir auf Anfrage gerne zur Verfügung:  
[abo@api.or.at](mailto:abo@api.or.at)



**BETTINA HÖBLINGER,**  
**BA MSc** ist

Sozialarbeiterin. Seit Dezember 2021 ist sie Bereichsleiterin der Suchtprävention der Suchthilfe Wien GmbH und leitet die Einrichtung checkit! - Kompetenzzentrum für Freizeitdrogen.

# So fern und doch so nah!

Formen video- und telefontgestützter Suchtbehandlung mussten angesichts von COVID-19 oft ad hoc umgesetzt werden, haben sich seither aber in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft erwiesen. Doch wichtige Fragen bleiben offen.

**WOLFGANG BEIGLBÖCK**

Foto: Getty Images



**UNIV. LEKTOR  
DR. WOLFGANG  
BEIGLBÖCK**

ist Klinischer Psychologe und Psychotherapeut mit jahrzehntelanger Erfahrung in Suchttherapie und Suchtbehandlung; Lehrtätigkeit an mehreren Universitäten.

**W**o waren Sie am 16. März 2020? Ich für meinen Teil befand mich damals mit insgesamt 33 Patientinnen und Patienten in der Tagesklinik des Anton Proksch Instituts und musste ihnen angesichts des Inkrafttretens des ersten bundesweiten Lockdowns erklären, dass sie jetzt wieder nach Hause gehen müssten. Wir würden anrufen und mitteilen, wie es weitergeht.

Bereits am Tag danach setzten wir die begonnene Psychotherapie zunächst telefonisch fort. Nach Abklärung der technischen Bedingungen starteten wir auch die videobasierte Einzel- und Gruppentherapie. Wenige Wochen danach forderte die ÖGK jene Vereine, die im Zuge eines Rahmenvertrages Psychotherapie anbieten, auf, diese online (synchron) zu offerieren – etwas, das bis dahin dezidiert verboten war. Kurze Zeit später wurde die Online-Therapie bzw. -Krankschreibung auch im medizinischen Bereich akzeptiert und bezahlt, sowie die Chefarztpflicht für die (Weiter) Verschreibung einer Substitutionstherapie aufgehoben.

Wir waren also durch die normative Kraft des Faktischen gezwungen, zu tun, was in der Richtlinie des Psychotherapiebeirates noch als nicht lege artis bezeichnet wurde: nämlich die Durchführung einer Therapie via Internet (die psychotherapeutische Beratung wurde allerdings erlaubt). Konsequenz dieser Vorschrift: Kaum eine der handelnden Personen verfügte über Erfahrung, geschweige denn Training mit dieser spezifischen Form der (Sucht)Behandlung. Die Verbote begannen sich zu „rächen“. Nachdem das

ersten Chaos der Umstellungen überwunden war, begannen wir daher, uns einige Fragen zu stellen:

## **1. Dürfen wir das?**

Die Richtlinien des Psychotherapiebeirates wurden bisher nicht geändert und die Richtlinien des Psychologenbeirates zu diesem Themenkomplex sind noch in Ausarbeitung. Wenn also diese als Richtschnur unseres professionellen Handelns herangezogen werden sollen, dann dürfen wir nicht. Im Zuge einer typisch österreichischen Lösung wird die teletherapeutische Behandlung jedoch bezahlt – und wenn wir unsere Kassenverträge erfüllen wollen, dann müssen wir es wohl tun. Ähnlich die Situation im medizinischen Bereich: In Honorierungsrichtlinien sind telemedizinische Verfahren bereits inkludiert und reglementiert.

Juristinnen und Juristen stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen allerdings – mit Ausnahme des Telegesundheitsdienstes – als weiterhin nur teilweise abgesichert dar. Obwohl wir also alle teletherapeutische bzw. telemedizinische Behandlungsschritte setzen, ist diese Tätigkeit nur mäßig juristisch abgesichert. Gemäß europäischem Recht müssten zudem zumindest sechs EU-Direktiven zu Telehealth-Maßnahmen berücksichtigt werden, die auch schon in österreichisches Recht übernommen wurden. Die rechtliche Absicherung unseres Tuns ist also deutlich ausbaubar – ganz abgesehen von den Berufshaftpflichtverträgen, die solche Behandlungsmethoden noch gar nicht berücksichtigen.





## 2. Ist das überhaupt effektiv?

Befragt man Therapeutinnen und Therapeuten zur Wirksamkeit teletherapeutischer bzw. telemedizinischer Maßnahmen, so ist die überwiegende Mehrheit der Ansicht, dass diese deutlich weniger effektiv seien als Face-to-Face Therapie. Sieht man sich jedoch diverse Reviews und Metaanalysen an, so kann man feststellen, dass sich die Behandlungserfolge bei einer Reihe von psychiatrischen Erkrankungen wie etwa Angststörungen, Depressionen, PTSD aber auch bei sogenannten „serious mental health disorders“ (Schizophreniespektrumerkrankungen, major depressive disorder, borderline PS) nicht signifikant unterscheiden.

Der Einwand, dass das für die Suchtbehandlung so nicht gelten kann, da man ja die Abstinenz nicht überprüfen könne, hält wissenschaftlichen Untersuchungen ebenfalls nicht stand. In den USA werden nach einer initialen persönlichen Diagnostik und begleitenden Harnkontrollen mittlerweile sogar Substitutionsbehandlungen mit Buprenorphen telemedizinisch/-therapeutisch umgesetzt. Das hatte zur Folge, dass bereits vor der COVID-19-Pandemie von rund 70 Prozent der amerikanischen Suchtbehandlungseinrichtungen diese Art der Behandlung angeboten wurde.

## 3. Worauf müssen wir achten?

Leider existieren kaum umfassende europäische oder österreichische Richtlinien bzw. professionelle Handlungsanweisungen zum Thema teletherapeuti-

sche Behandlung. Aus internationaler Sicht wären vor allem folgende Bereiche zu beachten:

- **Technische Voraussetzungen** (Datensicherheit, digital literacy etc.)
- **Administrative Voraussetzungen** (informed consent, (versicherungs)rechtliche Absicherung etc.)
- **Klinische Voraussetzungen** (Standardprotokoll, Indikation, Kontraindikation etc.)
- **Ethische Überlegungen** (Aus- und Fortbildung, Supervision, Evaluation etc.)

Abschließend bleibt festzuhalten, dass es viele Vorteile bringt, Patientinnen und Patienten auch mit video- und telefongestützter Suchtbehandlung zu begleiten (in Einzeltherapie oder, im Rahmen von Gruppentherapie, auch in Hybridgruppen). Man denke nur an immobile Patientinnen und Patienten, an die Möglichkeit schnellerer Intervention oder an die Versorgungsmöglichkeit in Gegenden, wo der Zugang zu diesen Leistungen sonst sehr eingeschränkt ist. Um dieses Potenzial zu realisieren, wird es allerdings nötig sein, rechtliche und professionelle Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. diese eindeutig zu definieren. ■

Informationen über weiterführende Literatur zu diesem Text stellen wir auf Anfrage gerne zur Verfügung: [abo@api.or.at](mailto:abo@api.or.at)

# Wie es weitergeht

Suchtarbeit nach der Pandemie wird sich anders darstellen als davor. Stimmen aus der Praxis plädieren für einen therapeutischen Ansatz, der auch im Regelbetrieb analoge und digitale Elemente kombiniert.



## Ein kompletteres Bild erschaffen

„Behandelnde, Patientinnen und Patienten haben seit Ausbruch der Pandemie gelernt, digital in Kontakt zu bleiben, wenn ein Treffen vor Ort nicht mehr möglich war. Ein Patient berichtete, dass die Distanz es zugelassen hätte, sich rascher zu öffnen. Ich wurde von vielen Patientinnen und Patienten im digitalen Kontakt auf einen Rundgang in ihr Zuhause eingeladen. Das hat mein Bild kompletter gemacht, als es im analogen Kontakt möglich gewesen wäre. Dies sind nur zwei Beispiele dafür, dass es sinnvoll ist, auch zukünftig digitale Möglichkeiten in der Behandlung von Suchtkranken in petto zu halten – auch wenn der analoge Kontakt das Bestmögliche bleiben wird.“

### **MAG.<sup>A</sup> DR.<sup>IN</sup> UTE ANDORFER**

Klinische und Gesundheitspsychologin sowie Verhaltenstherapeutin am Anton Proksch Institut



## Wertvolle Ergänzung

„Die Vorteile virtueller Betreuungsleistungen liegen auf der Hand: Neben höherer zeitlicher und örtlicher Flexibilität etwa die Möglichkeit zur rascheren nachgehenden Arbeit sowie der ressourcenschonende Einsatz motivierender Kurzinterventionen. Können oder wollen Patientinnen und Patienten nicht in die Therapieeinrichtung gehen, sind virtuelle Angebote eine wertvolle Ergänzung. An ihre Grenze kommen sie jedoch bei akuten intensiveren bzw. psychotischen Krisen oder suizidalen Patientinnen und Patienten. Auch die Einschränkung des Interventionspektrums sowie – bei rein telefonischen Kontakten – der Wegfall der nonverbalen Ebene sind limitierende Variable.“

### **DR.<sup>IN</sup> BARBARA GEGENHUBER, MA**

Klinische- und Gesundheitspsychologin, Geschäftsführerin Schweizer Haus Hadersdorf





## Menschliche Beziehung

“ In der Zeit der Pandemie haben, mitbedingt durch Gefühle von Einsamkeit und Isolation, Suchterkrankungen stark zugenommen. Sie trägt zur Störung des menschlichen Beziehungs- und Bindungsbedürfnisses bei und betrifft sehr viele Bereiche des Zusammenlebens. Soziale Kommunikation wurde von der realen in die virtuelle Welt verlagert, die psychosoziale Betreuung von Suchtklientinnen und -klienten musste zu weiten Teilen über Internet bzw. Telefon stattfinden. Die virtuelle Dimension stellt eine wichtige Erweiterung der Möglichkeiten des therapeutischen Umgangs mit Suchterkrankungen dar, kann aber den Wert realer menschlicher Beziehung nicht ersetzen!

**PRIV. DOZ. DR. DR.  
HUMAN-FRIEDRICH UNTERRAINER**  
Klinischer und Gesundheitspsychologe;  
Psychotherapeut., Leitung Zentrum für Integrierte Suchtforschung, Verein Grüner Kreis



## Neue Wege, breites Angebot

“ Die Mittel und Wege der Digitalisierung wurden nicht unbedingt für klassische Suchtbehandlung gedacht und erfunden. Doch viele schätzen auch diese neue und andere Form der Suchtarbeit. Schließlich wurde trotz Pandemie einer vulnerablen Zielgruppe ein breites Spektrum an Angeboten zur Verfügung gestellt. Patientinnen und Patienten erleben, dass Behandlung unkompliziert und aufsuchend sein kann. Wie viel und welche dieser Methoden wollen und sollen wir in die Zukunft mitnehmen? Haben wir mit der veränderten Form der Betreuung alle Klientinnen und Klienten so erreicht, wie es sein soll? Wie kann es gelingen, manche ins alte Modell der Betreuung zurückzuholen?

**URSULA ZEISEL, MAS**  
Diplomierte Sozialarbeiterin, psychosoziale  
Leiterin beim Verein Dialog



## Krise engmaschig abfangen

“ Online-Behandlungsangebote wurden von vielen Patientinnen und Patienten gut und gerne angenommen. Sie zeigten sich hinsichtlich bestimmter Störungsbilder für die Behandlung besonders unterstützend und ermöglichend. Zum Teil hat sich dies zwar symptomverstärkend ausgewirkt, der Krisenzustand konnte aber engmaschiger abgefangen werden. In Zukunft wird sehr wahrscheinlich die analoge und digitale Behandlungsoption das Optimum darstellen, was vielleicht auch als positiver Outcome der Corona-Pandemie verzeichnet werden kann. Nur durch eine Kombination kann eine optimale, kontinuierliche Behandlung störungs- wie auch situationspezifisch etabliert werden.

**MAG.<sup>A</sup> DR. BIRGIT KÖCHL**  
Klinische und Gesundheitspsychologin,  
Psychotherapeutin in freier Praxis sowie  
beim Verein p.a.s.s.

# 1,5 Jahre Pandemie - eine visuelle *Bestandsaufnahme*

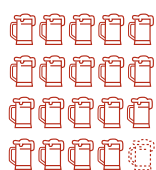
Für den zweiten Kurzbericht (Untersuchungszeitraum Frühjahr 2020 – Herbst 2021) des von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien beauftragten Forschungsprojekts *Sucht(behandlung) in der Krise*<sup>1</sup> wurden kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Corona-Pandemie auf individueller und organisationaler Ebene analysiert. Dabei zeigen sich Veränderungen unterschiedlichen Ausmaßes.

## Veränderungen bei Unterstützungsangeboten



# Veränderungen bei Suchtmittelkonsum

## Alkoholkonsum nimmt etwas ab und verlagert sich in den privaten Bereich



Reduktion um 3-6 % bei Alkoholkonsum pro Kopf<sup>2</sup>



Mehr Alkoholkonsum zuhause

Auch wenn Alkoholkonsum insgesamt etwas abgenommen hat, bestehen Indizien, wonach Personen mit erhöhtem Konsum und Personen mit psychosozialen Belastungen ihren Konsum gesteigert haben.

## Keine Veränderungen bei Tabakkonsum und illegalen Substanzen



Pandemie hat keinen Einfluss auf Tabakkonsum



Verfügbarkeit und Preisstabilität trotz sozialer Einschränkungen

Laut Behörden kam es, trotz starker Einschränkungen des gesellschaftlichen Lebens, weder zu auffälligen Veränderungen bei der Qualität von illegalen Substanzen, noch zu größeren Verschiebungen des Suchtmittelhandels ins Internet/Darknet.

## Weniger Glücksspiel und Sportwetten, dafür mehr Online-Glücksspiel



Bruttospielerträge bei Glücksspiel und Sportwetten nehmen ab



Anstieg von Erträgen bei Online-Glücksspiel

Bruttospielerträge, also jene, die nach Abzug der Gewinnauszahlungen gegenüber dem Spieleinsatz beim Glücksspielunternehmen bleiben, gingen bei legalem Glücksspiel und Sportwetten im Jahr 2020 um knapp 15 Prozent zurück. Online-Glücksspiel als besonders riskante Form des Glücksspiels gewinnt dagegen an Bedeutung: Hier stiegen die Bruttospielerträge um sieben Prozent an.

<sup>1</sup> Das Forschungsprojekt wurde vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) kofinanziert und vom Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) durchgeführt. Als Datenquellen wurden 23 Experteninterviews durchgeführt.

<sup>2</sup> Der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum von Alkohol wird von der Statistik Austria immer mit Jahresmitte datiert. Vergleichszeitraum: Sommer 2019 bis Sommer 2020 und Sommer 2018 bis Sommer 2019.



# Nikotinsucht und wie sie *behandelt* werden kann

Im Rahmen des Wiener Suchtsymposiums 2021 wurde auch ein eintägiger Pre-Congress-Workshop zum Thema Tabakabhängigkeit abgehalten. Ein Überblick zu Prävalenz, Diagnose und Behandlung.

**SOPHIE MEINGASSNER**

**N**ikotinabhängigkeit in Form von täglichem inhalativem Zigarettenrauchen ist die Suchterkrankung mit der höchsten Prävalenz in Österreich, sie betrifft 1,5 Millionen Menschen. Jede fünfte Person, älter als 15 Jahre, raucht täglich. Männer rauchen häufiger als Frauen (23,5 Prozent bzw. 17,8 Prozent). Weitere 6,6 Prozent der Männer und 4,7 Prozent der Frauen rauchen gelegentlich. Die Entwicklung der Abhängigkeit erfolgt meist im Jugendalter, der Großteil der nikotinabhängigen erwachsenen Personen hat im Alter bis zu 20 Jahren mit dem Konsum begonnen. Viele Raucherinnen und Raucher wollen ihr Rauchverhalten ändern, ein Drittel hat im letzten Jahr einen Rauchstopp unternommen, der jedoch nicht zur Abstinenz geführt hat. Evidenzbasierte Entwöhnangebote wurden dabei selten in Anspruch genommen.



**MMAG. A SOPHIE MEINGASSNER**

Fachliche Leiterin des Rauchfrei Telefons und des Themenbereichs Tabak und Nikotin in der Österreichischen Gesundheitskasse, Studium der Psychologie und der bildenden Kunst, Ausbildung zur Klinischen Psychologin und Gesundheitspsychologin, div. Fortbildungen zur Nikotinentwöhnung.

## **Suchtproblematik versus Gesundheitsgefährdung**

Eine Besonderheit der Nikotinabhängigkeit ist, dass die Sucht an sich individuell und gesellschaftlich gesehen eher unproblematisch ist. Zigaretten sind legal erhältlich – und zwar sehr einfach, günstig und weitverbreitet. Die psychoaktiven Wirkungen des Nikotins beeinträchtigen die Funktionstüchtigkeit der rauchenden Person nicht, bzw. helfen sogar kurzfristig bei der Aufrechterhaltung von Aufmerksamkeit und Konzentration. Nikotin ist ein Suchtstoff mit hohem Suchtpotential, der durch die Inhalation innerhalb von sieben Sekunden seine Wirkung im Gehirn entfaltet. Er verursacht Dopaminausschüttungen im

Belohnungszentrum und bewirkt so die Entwicklung des Suchtverhaltens. Konflikte infolge des Nikotinkonsums kommen in partnerschaftlichen Beziehungen, Eltern-Kind-Beziehungen, Nachbarschaften und betrieblichen Settings vor, bleiben jedoch in einem Rahmen, der – anders als etwa bei der Alkoholabhängigkeit – selten Beziehungsabbruch oder Jobverlust bewirkt. In anderen Situationen wird das Rauchverhalten manchmal als „Coping“-Strategie zur Stressbewältigung, zur Aufrechterhaltung der Stabilität oder zur Regulierung der emotionalen Balance benutzt.

Als gesundheitlicher Risikofaktor ist das Rauchen umso relevanter. Der Konsum bedingt diverse Folgeerkrankungen und erhöht die Mortalität. Die Schädigungen durch Tabak- und Nikotinkonsum betreffen den ganzen Körper und wirken sich bei Schwangeren auf das ungeborene Kind aus. Die Gesundheitsschäden entwickeln sich meist schleichend, sie sind selten direkt und ausschließlich auf das Rauchen zurückzuführen. Das fördert ihre Verharmlosung. So gibt es die Diagnose „Raucherhusten“ nicht, es handelt sich dabei oft um erste Anzeichen einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung. So gut wie alle Bereiche der Medizin sind durch den Risikofaktor Rauchen betroffen (Kardiologie, Onkologie, Pneumologie, Chirurgie, Zahnheilkunde u.v.m.).

Raucherinnen und Raucher leben daher kürzer als Nichtraucherinnen und Nichtraucher: Rund die Hälfte der Personen, die langfristig rauchen, sterben frühzeitig an den Folgen. Viele Erkrankungen mit Todesfolge (ischämische Herzkrankheiten, chronisch-obstruktive Lungenerkrankungen,



Tracheal-, Bronchial- und Lungenkrebs, Schlaganfall und Diabetes) können direkt mit dem Risikofaktor Rauchen in Zusammenhang gebracht werden.

## Schädigungen durch Tabak- und Nikotinkonsum betreffen *den ganzen Körper.*

Rauchen bedingt rund 1.090 Todesfälle pro Monat: Im Rahmen des „Global Burden of Disease“-Monitorings wird für Österreich für das Jahr 2019 geschätzt, dass ca. 13.100 Todesfälle bzw. 16 Prozent aller Todesfälle auf das Rauchen von Tabak (inklusive Passivrauchen) zurückzuführen sind. Die Folgen der Nikotinabhängigkeit belasten insofern auch auf volkswirtschaftlicher Ebene das Gesundheitswesen.

### Diagnose der Nikotinabhängigkeit

Das ICD 10 beschreibt „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ im Bereich „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ unter F 17. Die Möglichkeit der Abbildung reicht von F 17.0 (akute Intoxikation) über F 17.3 (Entzugssyndrom) bis zu F17.9 (nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen). Das Abhängigkeitsyndrom wird mit der Codierung F 17.2 dargestellt.

Sind mindestens drei der sechs folgenden Symptome im letzten Jahr aufgetreten, ist die Diagnose Nikotinabhängigkeit zutreffend:

- starker Wunsch, die Substanz einzunehmen
- Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren oder zu beenden
- anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen
- körperliches Entzugssyndrom
- Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben
- Toleranzerhöhung

Die S3-Leitlinien zu Rauchen und Tabakabhängigkeit: Screening, Diagnostik und Behandlung, die 2021 aktualisiert wurden, empfehlen ein systematisches Screening zur Erhebung der Abhängigkeit: Alle Patientinnen und Patienten sollen beim ersten (für eine umfassende Anamnese geeigneten) Kontakt sowie in regelmäßigen Abständen im Behandlungsverlauf nach ihrem Konsum von Tabak oder E-Zigaretten oder verwandten Produkten gefragt werden. Weiter soll der Fagerström-Test für Zigarettenabhängigkeit (FTZA) bzw. die Kurzform Heaviness of Smoking Index (HSI) zur weiterführenden

Diagnostik eingesetzt werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Dokumentation des Konsums. Aufgrund der Diagnosestellung Nikotinabhängigkeit ergibt sich die Therapieindikation Nikotinentwöhnung. Die Therapie soll in Form von evidenzbasierter Tabakentwöhnung erfolgen.

### Behandlung der Nikotinabhängigkeit

Die gesundheitsschädigenden Folgen der Nikotinabhängigkeit sind vermeidbar. Zum einen kann durch die Prävention des Nikotinkonsums auf der Verhältnisebene sehr viel bewirkt und die Prävalenz langfristig gesenkt werden (Gesetzgebung, Preisgestaltung, Verfügbarkeit des Suchtstoffes). Zum anderen kann durch die Entwöhnung der abhängigen Personen die Ausstiegsrate unmittelbar gesteigert werden. Es gibt evidenzbasierte und effektive Entwöhnangebote, die beim Ausstieg auf psychischer und körperlicher Ebene helfen. Dabei sind unterschiedliche Intensitäten der Unterstützung verfügbar und sinnvoll: von der Kurzintervention in der allgemeinen Versorgung, der telefonischen Beratung über ambulante Programme bis hin zur stationären Nikotinentwöhnung, alles oft kombiniert mit Unterstützung durch Nikotinersatzprodukte oder andere unterstützende Medikamente.

Der „Rauchstopp“ ist ein längerer Prozess, in dem verschiedene Stadien der Veränderung durchlaufen werden. Das Stufenmodell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente bietet einen guten Hintergrund für individuelle Zieldefinition und Auswahl der geeigneten Interventionsstrategien. Von der Phase der Absichtslosigkeit, in der noch kein Problembewusstsein vorhanden ist, der Absichtsbildung, in der sich Ambivalenz bzw. Dissonanz entwickeln, über die Vorbereitung, die Handlung, bis hin zur Aufrechterhaltung der Abstinenz (inklusive des Umgangs mit Rückfällen) ergeben sich in Bezug auf die physischen und psychischen Aspekte der Abhängigkeit unterschiedliche Ansatzpunkte der Therapieplanung.

Wissensvermittlung zur Wirkung von Nikotin und den Folgewirkungen, Risikosensibilisierung, Förderung der Veränderungsmotivation, Ziel- und Erwartungsabklärung, Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und die Beobachtung des Rauchverhaltens sind wichtige erste Bestandteile, die vor allem verhaltenstherapeutisch basiert sind. Die S3-Leitlinien betonen die Bedeutung einzelner Komponenten für die Effektivität der Behandlung. So wird empfohlen, dass verhaltenstherapeutische Behandlungen zur Unterstützung der Tabakabstinenz mehrere Komponenten, insbesondere Psychoedukation, Motivationsstärkung, Maßnahmen zur kurzfristigen Rückfallprophylaxe, Interventionen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit, sowie alltagspraktische Beratung mit konkreten Verhaltensinstruktionen und praktischen Bewältigungsstrategien (Problemlöse- und Fertigkeitentraining, Stressmanagement) beinhalten sollten.



## **Nikotinabhängigkeit im Kontext psychiatrischer Komorbidität**

Personen mit psychiatrischen Erkrankungen weisen eine hohe Prävalenz der Nikotinabhängigkeit und tabakassoziierter Folgeerkrankungen auf. Nikotinentwöhnung für psychiatrische Patientinnen und Patienten ist in vielen Settings noch die Ausnahme. Gleichzeitig ist der Rauchstopp angesichts vieler körperlicher Risikofaktoren oft besonders dringlich und die Behandlung der Nikotinabhängigkeit angesichts der Komorbiditäten herausfordernd. Die S3-Leitlinie bietet auch für die Behandlung von Personen mit psychiatrischen Komorbiditäten klare Behandlungsempfehlungen. So soll die Nikotinabhängigkeit erfasst und dokumentiert werden, die Empfehlung zum Ausstieg gegeben werden und entsprechende Therapieangebote unterbreitet werden.

## **Das Angebot des Rauchfrei Telefons**

Eine effektive Möglichkeit der Beratung und Behandlung stellen sogenannte Quitlines (telefonische Beratungsstellen zur Nikotinentwöhnung) dar. Sie werden im WHO-Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle (FCTC WHO) empfohlen, um Raucherinnen und Raucher beim Ausstieg zu unterstützen. Das Medium Telefon bewährt sich durch spontane Erreichbarkeit, Ortsunabhängigkeit, flächendeckende Verfügbarkeit, Anonymität und – seit März 2020 relevant – „kontaktlose“ Beratung. Das „Rauchfrei Telefon“ ist die österreichische Quitline, die Beratung, Information und Weitervermittlung bietet. Seit 2016 findet sich die kostenfreie Nummer 0800 810 013 infolge der Europäischen Tabakproduktedirektive (TPD II) auf jeder Zigarettenpackung. Das hat dazu beigetragen, dass sich die Inanspruchnahme signifikant und langfristig erhöht hat. Das Rauchfrei Telefon ist eine Kooperation der Sozialversicherungsträger, der Länder und des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Die Österreichische Gesundheitskasse betreibt das kostenfreie österreichweite Angebot, das neben der reaktiven und proaktiven Telefonberatung noch weitere Elemente umfasst.

Ein Team von spezialisierten Klinischen und Gesundheitspsychologinnen betreut das gesamte Angebot. Nach dem Erstgespräch besteht die Möglichkeit für eine weiterführende Beratung über mehrere Wochen hinweg, um die Raucherinnen und Raucher beim Veränderungsprozess zu begleiten und zu unterstützen. Für die Folgetermine werden die Klientinnen und Klienten proaktiv kontaktiert, um die Hürde der Inanspruchnahme professioneller Hilfe noch weiter zu senken. Zwischen den vereinbarten Terminen kann man sich jederzeit inbound beim Rauchfrei Telefon melden.

Das „Rauchfrei Ticket“ ist ein Angebot für Institutionen und niedergelassene Gesundheitsfachpersonen und -professionisten, die die Entwöhnung nicht im eigenen Rahmen durchführen können oder keine Möglichkeit der Rückfallprophylaxe haben.

Patientinnen und Patienten können per Fax oder online direkt für ein Beratungsgespräch angemeldet werden. Das Team des Rauchfrei Telefons meldet sich nach wenigen Werktagen für ein erstes unverbindliches Informations- oder Beratungsgespräch.

## **Unterstützung der Entwöhnung auf der Verhältnisebene**

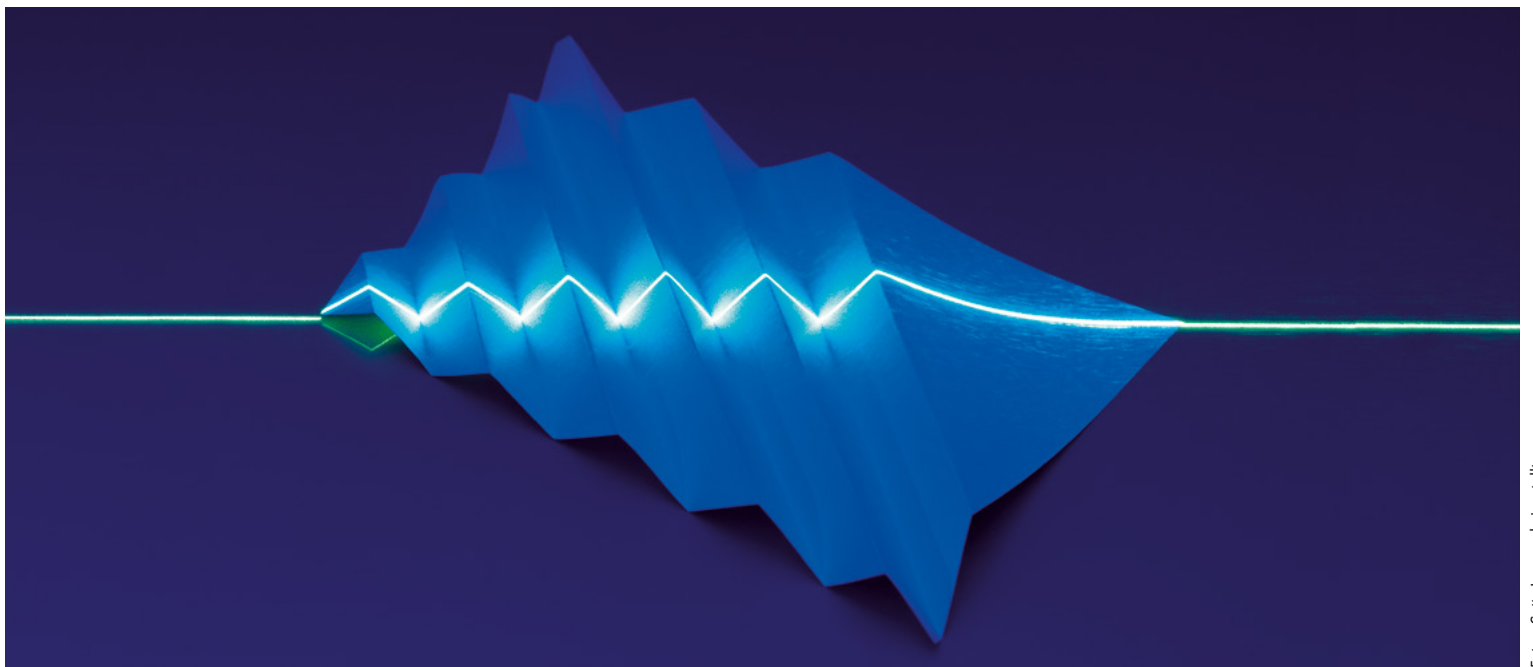
Auch auf der Verhältnisebene können Maßnahmen zur Steigerung der individuellen Veränderungsmotivation und zur Unterstützung der Nikotinentwöhnung im Gesundheitswesen umgesetzt werden. Rauchfreie Rahmenbedingungen zeigen Möglichkeiten für Handlungsalternativen auf und erleichtern abstinenteres Verhalten. Das Österreichische Netzwerk gesundheitsfördernder Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen (ONGKG) unterstützt dabei: Gesundheitseinrichtungen können sich etwa als Rauchfreie Einrichtung im „Global Network for Tobacco Free Health Care Services“ zertifizieren lassen. Ein Beispiel für die Kombination von Maßnahmen auf Verhältnisebene und Verhaltensebene ist das Krankenhaus Maria Ebene in Vorarlberg. Das Krankenhaus mit Schwerpunkt Suchttherapie ist eine Gold-zertifizierte rauchfreie Gesundheitseinrichtung, die die Behandlung der Nikotinabhängigkeit im ambulanten und stationären Setting anbietet. Prim. Dr. Philipp Kloimstein, der ärztliche Leiter der Suchteinrichtung Maria Ebene, weist auf die gegenseitige Verstärkung der Maßnahmen hin: „Wir bieten allen Raucherinnen und Rauchern Tabakentwöhnung an, unabhängig vom Therapieziel. Patientinnen und Patienten, die zu uns kommen, wissen, dass sie in eine rauchfreie Gesundheitseinrichtung kommen und sind daher für das Thema eventuell offener bzw. werden sensibilisiert. Gleichzeitig gelingt die Veränderung leichter, wenn sie sich im rauchfreien stationären Setting befinden, in der das Nichtrauchen die Norm ist.“ ■

Informationen über weiterführende Literatur zu diesem Text stellen wir auf Anfrage gerne zur Verfügung: [abo@api.or.at](mailto:abo@api.or.at)

## **Durchhaltevermögen ist gefragt**

Das Dramatische an der Nikotinsucht sind die negativen mittel- und langfristigen Gesundheitsfolgen. Um diese zu vermeiden, gilt es daher, die Sucht evidenzbasiert zu behandeln. Nikotinabhängigen Personen sollten, wie allen Suchtkranken, Entwöhnangebote gemacht werden, die evidenzbasiert beim Ausstieg unterstützen und die individuelle Situation berücksichtigen. Nikotinabhängigkeit ist durch eine hohe Rückfallquote gekennzeichnet, die Fähigkeit zu Frustrationstoleranz und Durchhaltevermögen daher essenziell – für Konsumierende und Behandelnde gleichermaßen. Neben den gesundheitlichen Verbesserungen ist eine weitere Folge der Entwöhnung das Erleben von Suchtfreiheit, von dem Klientinnen und Klienten häufig mit großer Erleichterung und Stolz berichten.

Mehr zum Thema auf [rauchfrei.at](http://rauchfrei.at)



Fotos: Getty Images, beigestellt

## Veranstaltungen

### 26. Tübinger Suchttherapietage

30.3. | 31.3. | 1.4. 2022

Tübingen

Bei dieser dreitägigen Präsenzveranstaltung stehen ein Curriculum zu Tabakabhängigkeit und Entwöhnung sowie ein weiteres Curriculum zum Thema Internetnutzungsstörungen auf dem Programm.

Weitere Infos: <https://www.medizin.uni-tuebingen.de/de>

### 24. Substitutions-Forum

14.5. | 15.5. 2022

Schlosshotel Mondsee

Das Substitutions-Forum greift als wichtigste Plattform für die Opioid-Substitutionstherapie in Österreich aktuelle Themen zu Suchtbehandlung und dem Schwerpunkt Opioid-Substitutionstherapie auf.

Weitere Infos:

<https://oegabs.at/de/veranstaltungen/substitutions-forum>

### Suchttherapietage in Hamburg

7.6. | 8.6. | 9.6. 2022

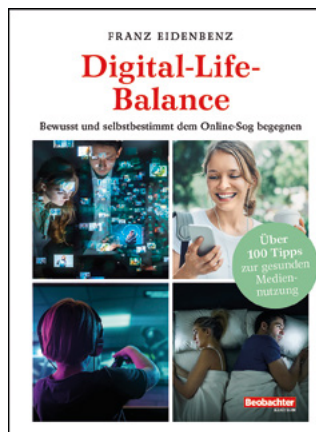
online

Das in einem Online-Format organisierte Forum für die Fort- und Weiterbildung im Suchtbereich geht der Frage nach, warum viele Menschen mit Suchtproblemen durch präventive und therapeutische Angebote nicht oder erst spät erreicht werden.

Weitere Infos: <https://www.suchttherapietage.de/>

## Die Momentum-Buchtipps:

Interdisziplinäre Perspektiven auf das Leben in COVID-Zeiten und ein Ratgeber zu gesunder Mediennutzung



### Digital-Life-Balance

Franz Eidenbenz

Zürich: Edition Beobachter (2021)

Digitale Medien sind aus dem beruflichen und privaten Alltag nicht mehr wegzudenken. Franz Eidenbenz, Psychologe mit langjähriger Therapie-Erfahrung, will mit diesem Ratgeber dabei unterstützen, die Kontrolle über den eigenen digitalen Konsum zu behalten bzw. zurückzugewinnen. Voraussetzung dafür: die subtilen Verführungs- und Belohnungsmechanismen zu erkennen, die Smartphones, Games oder Social Media einsetzen, um User und Userinnen an sich zu binden. Praxistaugliche Tipps richten sich an alle, die das Gleichgewicht zwischen echtem und virtuellem Leben wieder herstellen wollen, bevor es zum Suchtverhalten kommt.



### Protokolle der Krise:

**Wie Corona unser Leben verändert**

Ulrike Guérot, Christian Korunka, Barbara Prainsack, Georg Psota  
Wien: Picus (2020)

Der Band versammelt vier Beiträge über Auswirkungen der Pandemie auf unser Leben: Die Politikwissenschaftlerin Ulrike Guérot geht der Frage nach, wie die europäische Politik die größte Krise der Nachkriegszeit managt, ihre Kollegin Barbara Prainsack stellt eine Studie zum Verhalten in Ausnahmesituationen vor. Arbeitspsychologe Christian Korunka befasst sich mit der neuen Normalität des Home-Office. Psychiater Georg Psota stellt positive Aspekte einer konstruktiven Krisenbewältigung vor und liefert Empfehlungen, wie Gemeinschaft dabei helfen kann.

# IMPRESSUM

## **Herausgeber**

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien

## **Medieneigentümer**

API Betriebs gemeinnützige GmbH  
Gräfin-Zichy-Straße 6  
1230 Wien  
+43 1/880 10-0  
www.api.or.at

## **Für den Inhalt verantwortlich**

Stiftung Anton Proksch-Institut Wien  
API Betriebs gemeinnützige GmbH

## **AutorInnen dieser Ausgabe**

Wolfgang Beiglböck  
Lisa Brunner  
Bettina Hölblinger  
Sophie Meingassner  
Georg Psota  
Oliver Scheibenbogen

## **Redaktion & Projektmanagement**

Raphaela Pammer  
Michael Robausch  
(bettertogether Kommunikationsagentur)

## **Gestaltung**

Johanna Kleedorfer  
Doris Lang  
Markus Zahradnik-Tömpe  
(Schrägstrich Kommunikationsdesign)

## **Coverfoto**

Getty Images

## **Druck**

Gedruckt nach der Richtlinie  
„Druckerzeugnisse“  
des Österreichischen  
Umweltzeichens.  
gugler\*print, Melk,  
UWZ-Nr.609  
www.gugler.at





