Digitale Suchtberatung

Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung

Gefördert durch:

Bundesministerium für Gesundheit

aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages

Dr. Peter Tossmann
Fabian Leuschner

Digitale Suchtberatung

Konzeption einer trägerübergreifenden digitalen Beratungsplattform für die kommunale Suchtberatung

Dr. Peter Tossmann

Fabian Leuschner

delphi Gesellschaft für Forschung, Beratung und Projektentwicklung mbH, Berlin

Januar 2021

delphi

Forschen. Entwickeln. Anwenden.

Danksagung

Diese Publikation wurde gefördert durch das Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages („DigiSucht Konzept - Erarbeitung einer Detailkonzeption für eine trägerübergreifende digitale Suchtberatung“). Folgende Institutionen haben die Arbeit an dieser Publikation fachlich unterstützt:

- Brandenburgische Landesstelle für Suchtfragen (BLS)
- Landesstelle für Suchtfragen im Land Sachsen-Anhalt (LS-LSA)
- Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS)
- Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (NLS)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Integration und Verbraucherschutz des Landes Brandenburg
- Sozialministerium Hessen
- Ministerium für Arbeit, Soziales und Integration des Landes Sachsen-Anhalt
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)

sowie die Vertreterinnen und Vertreter der beteiligten Suchtberatungsstellen und Suchthilfeträger.

Für die Expertise im Bereich Datenschutz und IT:
1000 ELEPHANTS GmbH, Dr. Lippke und Dr. Wagner GmbH

Die Autoren bedanken sich bei allen Mitwirkenden für ihre Unterstützung.

Gestaltung Titelseite: canva.com / delphi

Inhalt

Zusammenfassung ... 4
1 Ausgangslage ... 5
2 Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen ... 8
2.1 Beschreibung der Arbeitspakete ... 8
2.2 Projektumsetzung ... 10
3 Zielgruppen des digitalen Beratungsangebots ... 11
4 Inhalte des digitalen Beratungsangebots ... 12
4.1 Methodischer Hintergrund ... 13
4.1.1 Motivierende Gesprächsführung ... 13
4.1.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle ... 14
4.2 Digitale Kommunikation ... 14
4.3 Zugang zum digitalen Angebot („User Journey“) ... 15
4.4 Selbsttests: „Brauche ich eine Suchtberatung?“ ... 16
4.5 Strukturierte Beratung mit digitalen Interventionstools ... 18
4.5.1 Einstieg in die strukturierte Beratung ... 18
4.5.2 Ausgangssituation und Zieldefinition ... 19
4.5.3 Das Online-Tagebuch ... 19
4.5.4 Motivationswaage: Vorteile und Nachteile der Verhaltensänderung ... 19
4.5.5 Individuelle Risikosituationen identifizieren – Kontrollstrategien definieren ... 20
4.5.6 Der Notfallkoffer – Mit Rückfällen umgehen ... 20
4.5.7 Lebensqualität verbessern ... 20
5 Organisation der digitalen Beratung ... 21
5.1 Umsetzung der Beratung ... 21
5.2 Landesweite Koordination ... 22
5.3 Länderübergreifende Organisation ... 22
6 Qualitätsmanagement ... 23
6.1 Dokumentation der Beratungsleistung ... 24
6.2 Qualitätssicherung ... 24
6.2.1 Qualifikation der Fachkräfte ... 24
6.2.2 Schulungen für Beraterinnen und Berater ... 25
6.2.3 Fallmonitoring, Supervision und Zertifizierung ... 25
6.2.4 Fachlicher Austausch ... 26
6.3 Evaluation und wissenschaftliche Begleitung ... 26
6.3.1 Datenquellen ... 27

6.3.2 Monatsreports ... 27
6.3.3 Jahresberichte ... 27
6.3.4 Wissenschaftliche Begleitung ... 28
7 Technische Umsetzung ... 28
7.1 Anforderungen an die technische Infrastruktur ... 28
7.2 Wartung und Weiterentwicklung ... 33
7.3 Beispielhafte Illustration des Angebots ... 33
8 Datenschutz und Datensicherheit ... 37
8.1 Allgemeine Hinweise ... 37
8.2 Technische Hinweise ... 37
8.3 Organisatorische Hinweise ... 38
9 Implementierung ... 38
9.1 Implementierung als Modellvorhaben ... 38
9.2 Trägerschaft ... 40
9.3 Digitale Suchtberatung im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes ... 40
9.4 Implementierung auf Landesebene ... 41
9.4.1 Auswahl der beteiligten Beratungsstellen ... 41
9.4.2 Berücksichtigung länderspezifischer Ausgangsbedingungen ... 42
10 Finanzierungsbedarf und Finanzierungsquellen ... 42
10.1 Finanzierung eines Modellvorhabens ... 43
10.2 Nachhaltige Implementierung ... 45
11 Weiterentwicklungspotential ... 46
12 Literatur ... 50
13 Anhang ... 54
13.1 Personas und Beratungsangebote ... 54
13.1.1 Alkoholkonsum ... 54
13.1.2 Cannabiskonsum ... 55
13.1.3 Glücksspiel ... 56
13.1.4 Angehörige ... 57
13.2 Hinweise zur Ansprache der Zielgruppen ... 58

Zusammenfassung

Der strukturierte Einsatz digitaler Kommunikations- und Beratungsmöglichkeiten ist in der kommunalen Suchtberatung, trotz langjähriger Erfahrungen und wissenschaftlicher Evidenz für deren Wirksamkeit, noch immer selten. Expertinnen und Experten aus der Suchthilfe fordern deshalb den Aufbau einer länder- und trägerübergreifend nutzbaren, technischen Infrastruktur für die digitale Suchtberatung sowie entsprechender, organisatorische Strukturen.

Gemeinsam mit Vertreterinnen und Vertretern von Landesstellen für Suchtfragen, ambulanten Suchtberatungsstellen, Suchthilfeträgern und Landesministerien aus Brandenburg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt wurde ein detailliertes Konzept für eine digitale Suchtberatung ausgearbeitet. Die avisierte länder- und trägerübergreifende Plattform würde allen interessierten Suchtberatungsstellen die Möglichkeit eröffnen, die digitale Suchtberatung in ihr Beratungsangebot mit aufzunehmen und so die Versorgung der Klientinnen und Klienten zu verbessern sowie neue Zielgruppen zu erreichen.

Ein digitales Beratungsangebot sollte von allen (potentiellen) Klientinnen und Klienten der kommunalen Suchtberatungsstellen genutzt werden können. Der Zugang zur digitalen Suchthilfe sollte entsprechend bundesweit über eine zentrale Webseite erfolgen. Die Zuordnung der Klientinnen und Klienten zur jeweils zuständigen kommunalen Beratungsstelle wird über die bei der Registrierung erfragte Postleitzahl, sowie ggf. ergänzend über eine thematische Zuordnung oder andere, landesspezifische Zuordnungskriterien umgesetzt. Neben digitalen Kommunikationsmöglichkeiten sowohl asynchroner (E-Mail-Beratung) als auch synchroner Art (Text-Chat, Videosprechstunde, Gruppenvideochat) und optionalen Möglichkeiten einer Terminvereinbarung (Termine vor Ort, telefonische Beratung), sollen mehrwöchige, strukturierte Beratungsprogramme vorgehalten werden. Im Rahmen der Beratungsprogramme kommen, neben einer persönlichen Beratung, ergänzend digitale Tools (bspw. zur Motivationsklärung, Verhaltensreflektion, Rückfallprävention) zum Einsatz, die die Klientinnen und Klienten bei einer Verhaltensänderung unterstützen. Die Ausarbeitung strukturierter Beratungsangebote wird zunächst für Personen mit problematischem Alkohol- oder Cannabiskonsum, einem problematischem Glücksspielverhalten, sowie für Angehörige und andere Bezugspersonen empfohlen.

Für die Organisation der digitalen Suchtberatung auf Landesebene empfehlen sich die trägerübergreifend agierenden Landesstellen für Suchtfragen. Überdies wird eine bundesweite Gesamtkoordination empfohlen, die sowohl die initiale Entwicklungsarbeit übernimmt, als auch die langfristige Projektsteuerung. Dazu gehören unter anderem die Umsetzung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung (insb. Schulung und Zertifizierung von Beraterinnen und Beratern), die Unterstützung der Länder bei der Kommunikation des Angebotes, sowie die Evaluation der digitalen Suchtberatung. Die technischen Anforderungen an die Plattform sowie zentrale Aspekte zur Datensicherheit und zum Datenschutz werden im vorliegenden Konzept erläutert. Die technische Umsetzung wird anhand einiger Illustrationen skizziert.

Vorgeschlagen wird die Implementierung der Plattform im Rahmen eines Bundesmodellprojektes. Dabei wird eine Kofinanzierung durch Bund und Länder empfohlen. Im Rahmen der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) eröffnet sich eine Möglichkeit für die technische Implementierung und den nachhaltigen Betrieb der Plattform. Das Weiterentwicklungspotential einer digitalen Beratungsplattform für die Suchthilfe wird dargelegt.

1 Ausgangslage

Epidemiologischen Studien zufolge sind Suchtstörungen in Deutschland vergleichsweise weit verbreitet. So kann davon ausgegangen werden, dass derzeit knapp 15 % der erwachsenen Bevölkerung in West- und 18 % in Ostdeutschland einen riskanten Alkoholkonsum betreiben (Atzendorf, Apfelbacher, de Matos et al., 2020). 4,5 % aller Männer und 1,7 % aller Frauen gelten nach international gültigen Kriterien als alkoholabhängig. Der Konsum von Cannabis ist insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen weit verbreitet. Etwa 20-25 % aller 18 bis 24-Jährigen konsumieren aktuell Cannabis, wobei etwa 12 % dieser Population eine Cannabisabhängigkeit zeigt (Seitz, John, Atzendorf et al., 2019a). Der Konsum von Amphetaminen, Methamphetaminen, Kokain oder anderen illegalen Drogen ist in Deutschland dagegen weniger weit verbreitet. Im Hinblick auf das Glücksspielverhalten und die Glücksspielsucht hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) kürzlich eine Repräsentativbefragung durchgeführt (Banz, 2019). Demnach kann für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland davon ausgegangen werden, dass ca. 229.000 Personen ein problematisches und ca. 200.000 Personen ein pathologisches Glücksspielverhalten zeigen. Am stärksten mit glücksspielassoziierten Problemen belastet erweisen sich junge Männer im Alter zwischen 18 und 25 Jahren.

Unter den negativen Folgen einer Suchterkrankung leiden dabei nicht nur die Betroffenen selbst. Etwa acht Millionen Menschen leben in enger Gemeinschaft mit einem alkoholabhängigen Menschen (DHS, 2020a). Insgesamt ist von etwa 10 Millionen von einer Suchterkrankung indirekt betroffenen Angehörigen in Deutschland auszugehen (Berndt, Bischof, Besser et al., 2017).

Aufgaben und Klientel der Suchtberatung

Suchtberatungsstellen haben die Aufgabe, Sachinformationen zu vermitteln sowie Klientinnen und Klienten bei der Überwindung von Suchtproblemen zu unterstützen. Die Beratungsangebote sollten möglichst niedrigschwellig sein, sich flexibel am individuellen Bedarf von Hilfesuchenden orientieren und richten sich explizit auch an Angehörige bzw. Bezugspersonen von Suchterkrankten (vgl. DHS, 1999). In Deutschland übernehmen diese Aufgabe etwa 1.500 ambulante Suchtberatungsstellen. Davon werden rund 860 in der Deutschen Suchthilfestatistik (DSHS) erfasst (DHS, 2020b). Mit einem Anteil von 91 % befindet sich die überwiegende Mehrheit dieser Beratungsstellen in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege oder anderer gemeinnütziger Träger. Der größte Anteil der von den Beratungsstellen erbrachten Leistungen liegt im Bereich Beratung und Betreuung (86 %). Die in diesem Bereich am häufigsten umgesetzten Maßnahmen sind die Sucht- und Drogenberatung (83 %), die psychosoziale Begleitbetreuung bei Substitution (10 %) sowie niedrigschwellige Hilfen wie Aufenthaltsmöglichkeit, Essensangebote oder Körperhygiene (6 %). Im Jahr 2017 wurden von den in der DSHS erfassten Beratungsstellen rund 325.000 Klientinnen und Klienten beraten, darunter etwa 7 % Angehörige oder andere Bezugspersonen.

Die häufigste Hauptdiagnose bei Klientinnen und Klienten im ambulanten Bereich sind alkoholbezogene Störungen (49 %), gefolgt von Störungen im Zusammenhang mit Cannabinoiden (19 %), opioidbezogenen Störungen (12 %), Problemen aufgrund des Konsums von Stimulanzien (6 %), pathologischem Glücksspielverhalten (5 %) sowie exzessivem Medienkonsum (1 %) (DHS, 2020b). Der Anteil der Männer ist dabei in allen Hauptdiagnosen deutlich größer. So beträgt das Geschlechterverhältnis im ambulanten Bereich 7:1 bei pathologischem Glücksspielverhalten, 5:1 bei Cannabinoiden, 4:1 bei anderen psychotropen Substanzen und 2:1 bei Alkohol. Während von den

beratenen Personen mit eigener Symptomatik 74 % männlich sind, ist der Großteil der beratenen Angehörigen und anderen Bezugspersonen weiblich (75 %) (Dauber, Specht, Künzel et al., 2019).

Digitalisierung im Gesundheitswesen

Vor dem Hintergrund, dass die Mehrzahl aller Menschen mit einer suchtspezifischen Problematik (unabhängig von aktuell zusätzlich bestehenden Hürden durch Kontaktbeschränkungen aufgrund der Pandemie) keinen Kontakt zur Suchthilfe aufnimmt (de Matos et al., 2013) sind niedrigschwellige, digitale Angebote eine Möglichkeit, eine „Brücke“ zur Suchthilfe vor Ort herzustellen und durch klientenzentrierte Angebote eine bessere Versorgung suchtkranker Menschen und deren Angehöriger zu ermöglichen. So sind digitale Beratungsangebote für viele Nutzende die erste professionelle Anlaufstelle, werden frühzeitiger in Anspruch genommen und erreichen (auch) jüngere Zielgruppen (vgl. Jonas, Tossmann, Leuschner et al., 2012).

Im Gesundheitsbereich gewinnen digitale Angebote zunehmend an Relevanz. Nicht nur als eine Quelle für Gesundheitsinformationen (Zschorlich, Gechter, Janßen et al., 2015), sondern auch vermehrt in Form digitaler Versorgungsangebote, deren Verbreitung und Integration in die Gesundheitsversorgung auch seitens der Bundesregierung politisch gefördert und gefordert wird (Krüger-Brand, 2019). Auch im Bereich der öffentlichen Verwaltung gibt es im Rahmen der Umsetzung des Onlinezugangsgesetzes (OZG) massive Anstrengungen, einen umfassenden Katalog an Verwaltungsleistungen vollständig zu digitalisieren (BMI, 2020). Im Zuge der Corona-Pandemie haben digitale Angebote in vielen Lebensbereichen zuletzt weiter an Bedeutung gewonnen. Dazu zählt insbesondere auch der Gesundheitsbereich (vgl. Haserück, 2020).

Digitale Suchtberatung: Nutzung und Wirksamkeit

Psychosoziale Onlineberatung bzw. digitale Beratung wird, insbesondere in Form von E-Mail- oder chatbasierter Beratung, bereits seit über 20 Jahren umgesetzt (Reindl, 2015). Digitale Beratungsangebote, die einen strukturierten Beratungsprozess ermöglichen, das breite Spektrum der Beratungsklientel abdecken oder auch die Beratungsprozesse vor Ort digital unterstützen, werden von der kommunalen Suchtberatung jedoch bisher kaum vorgehalten. Die einzige vergleichsweise verbreitete Form digitaler Kommunikation der Suchtberatung, ist (weiterhin) die punktuelle Kommunikation zwischen Beratenden und Klientinnen oder Klienten via Frageformulare bzw. Nachrichten oder vereinzelt in Chat-Sprechstunden (u. a. Online-Beratung der Caritas Deutschland; vgl. NLS, 2019; Tönsmeise, Friedrich, Schneider et al., 2020). Lediglich einige wenige Beratungsstellen sind im Rahmen einzelner Projekte in der Lage, spezifische Zielgruppen systematisch auch online zu versorgen, bspw. Cannabiskonsumierende im Rahmen von „Quit the Shit“ (BZgA, 2020).

Obwohl komplexere, psychotherapeutisch fundierte Online-Interventionen erst seit jüngerer Zeit vermehrt im Versorgungssystem zu finden sind, liegt bereits eine breite Evidenzbasis hinsichtlich der Wirksamkeit digitaler Beratungs- und Behandlungsangebote aus über 300 randomisiert-kontrollierten Studien vor (vgl. Andersson, Titov, Dear et al., 2019). Demnach können digitale Interventionen einen wertvollen Beitrag zur Ergänzung der herkömmlichen Versorgungsstrukturen leisten (Titov, Dear, Nielssen et al., 2018).

Für digitale Interventionen im Bereich des Substanzkonsums bzw. des problematischen Glücksspielverhaltens liegen u. a. Erkenntnisse aus randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) zweier Beratungsangebote der BZgA vor, die eine signifikante Verbesserung hinsichtlich des

Cannabiskonsums resp. des Glücksspielverhaltens aufzeigen (Jonas, Leuschner, Eiling et al., 2019; Tossmann, Jonas, Tensil et al., 2011). Im Rahmen einer Metanalyse zu digitalen Präventions- und Beratungsinterventionen zum Cannabiskonsum zeigten sich, bei einer großen Heterogenität der überprüften Maßnahmen und Zielgruppen, kleine aber signifikante Effekte, die bis zu 12 Monate nach Interventionsende noch vorhanden waren (Boumparis, Loheide-Niesmann, Blankers et al., 2019).

Obwohl wissenschaftliche Effektivitätsvergleiche zwischen strukturierten Beratungsprogrammen und E-Mail-Beratung noch rar sind, lassen bisherige Befunde auf eine Überlegenheit des erstgenannten Interventionsformats schließen. So zeigte sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie, dass das von der BZgA betriebene Online-Beratungsprogramm „Check Out“ für Personen mit pathologischem Glücksspielverhalten in allen Zielmerkmalen der Studie mindestens mittelstarke Wirkeffekte erzielte. Nutzerinnen und Nutzer der E-Mail-Beratung verzeichneten dagegen nur bei einem Zielindikator entsprechende Ergebnisse. Im direkten Vergleich beider Interventionsformate zeigte sich zudem, dass die therapeutische Beziehung durch Nutzende des Programms deutlich besser beurteilt wurde, als durch Teilnehmende der E-Mail-Beratung (Jonas, Leuschner, Eiling et al., 2019).

Die Überlegenheit von Beratungsprogrammen gegenüber der E-Mail-Beratung ist womöglich darin begründet, dass mithilfe ihrer Komponenten Interventionstechniken (z. B. Beobachtung des Spielverhaltens, Rückfallprävention) besser umgesetzt werden können, als im Rahmen einer E-Mail-Beratung. Weil zudem Programme konzeptuell und strukturell für eine regelmäßige Nutzung ausgelegt sind (z. B. Einsatz eines Online-Tagebuchs), werden ihre Nutzenden zudem deutlich enger an dieses Interventionsformat gebunden als Teilnehmende der E-Mail-Beratung.

Implementierung einer bundesweiten digitalen Suchtberatung

Im Kontext der Corona-Pandemie und der damit einhergehenden Kontaktbeschränkungen dürfte der Einsatz digitaler Lösungen in Einrichtungen der Suchtberatung zugenommen haben. Dabei ist jedoch davon auszugehen, dass vorrangig Lösungen für die Fortführung bestehender Kontakte mit Klientinnen und Klienten gefunden werden mussten (bspw. der Einsatz von Videochat-Lösungen statt persönlicher Treffen). Auch wenn etliche Einrichtungen in diesem Kontext gezwungen waren, erste Erfahrungen mit digitaler Kommunikation zu sammeln, ist weiterhin von einem sehr heterogenen Bild bzgl. der (Möglichkeiten der) Nutzung solcher Technologien, der genutzten Infrastrukturen und Anbieter, der Maßnahmen zur Qualitätssicherung und des Umgangs mit den Themen Datensicherheit und Dokumentation auszugehen.

Auch im digitalen Bereich gilt es, die Qualität der Suchtberatung, die Transparenz, die Datensicherheit sowie die Überführung von Klientinnen und Klienten in weitere professionelle Hilfe-Angebote sicherzustellen. Entsprechend sollten den für die Versorgung der beschriebenen Klientel zuständigen kommunalen Suchtberatungsstellen die technischen Möglichkeiten sowie ein organisatorischer Rahmen für die Umsetzung digitaler Suchtberatung zur Verfügung gestellt werden. In den letzten Jahren gab es vermehrte Bestrebungen, die Digitalisierung im Bereich der Suchthilfe zu fördern. So fordern Expertinnen und Experten aus dem Bereich der Suchthilfe in den „Essener Leitgedanken“, bestehende analoge Angebote durch sinnvolle digitale Angebote zu ergänzen (o. N., 2020). Unter anderem wurden im vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Modellprojekt „Digitale Lotsen“ Einrichtungen der Suchthilfe für die Digitalisierung in ihrem Arbeitsfeld sensibilisiert und dabei unterstützt, eine begründete Haltung zu dem Thema zu entwickeln.

Mit der vorliegenden Konzeption für eine „Digitale Suchtberatung“ wird ergänzend ein konkreter Schritt zum Aufbau eines bundesweit und trägerübergreifend nutzbaren digitalen Suchtberatungsangebots gemacht. Dadurch soll allen (potentiellen) Klientinnen und Klienten der Suchthilfe zukünftig (auch) ein digitaler Zugang zu professioneller Beratung eröffnet werden.

2 Aufgabenstellung und methodisches Vorgehen

Mit dem vorliegenden Konzept soll der Grundstein gelegt werden für die Implementierung einer bundesweit verfügbaren technischen Infrastruktur sowie einer Organisationsstruktur für die Bereitstellung digitaler Beratungsleistungen für die ambulante Suchtberatung. Die im Projekt „Digitale Suchtberatung – Konzeption“ (DigiSucht) angestrebten (Teil-)Ziele und die Beantwortung der damit verbundenen Fragen sind zentrale Zwischenschritte auf dem Weg zur Umsetzung einer trägerübergreifenden Beratungsplattform, von der sowohl die bisherigen als auch bislang noch nicht erreichte, mögliche Klientinnen und Klienten der Suchthilfe profitieren können.

Die vorliegende Konzeption wurde in einem partizipativen Verfahren gemeinsam mit Stakeholdern der ambulanten Suchtberatung in einzelnen Arbeitspaketen (AP) ausgearbeitet. In die Ausarbeitung wurden Vertreterinnen der Landesstellen für Suchtfragen, der zuständigen Landesministerien, von Beratungsstellen sowie von deren Trägern aus Brandenburg, Hessen, Niedersachsen und Sachsen-Anhalt eingebunden. Darüber hinaus wurde das Bundesministerium für Gesundheit (BMG), die Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) sowie die Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) über das Vorhaben bzw. über den Verlauf des Projektes informiert.

In Abhängigkeit des jeweiligen Arbeitspakets kamen im Rahmen der Konzeptionierung unterschiedliche Methoden zum Einsatz, insbesondere wissenschaftliche Recherche- und Konzeptionsarbeiten, Experten- bzw. Stakeholderworkshops sowie einzelne Expertenkonsultationen. Die Workshops und Abstimmungsgespräche wurden sowohl im Rahmen von digitalen Videokonferenzen als auch vor Ort umgesetzt.

Abbildung 1: Umsetzung des DigiSucht Projektes

Arbeitspakete:

1. Ausarbeitung zielgruppenspezifischer digitaler Angebote
2. Organisationsmodell und Qualitätssicherung
3. Technische Umsetzung und Datenschutz
4. Weiterentwicklungspotential
5. Nachhaltige Finanzierung und Transfer

Methoden:

- Recherche-/Konzeptionsarbeit
- Workshops
- Expertenkonsultation

2.1 Beschreibung der Arbeitspakete

AP1: Ausarbeitung zielgruppenspezifischer digitaler Angebote

Suchtberatungsstellen halten in aller Regel Angebote für heterogene Zielgruppen vor, die auch durch die digitale Suchtberatung angesprochen werden sollen. Dazu zählen Menschen mit einem problematischen oder abhängigen Alkohol- oder Drogenkonsum, Glücksspielerinnen und Glücksspieler sowie Eltern und andere Angehörige. Im Rahmen dieses Arbeitspaketes wurden die konkreten

Bestandteile des digital abzubildenden Beratungsprozesses ausgearbeitet. Bei der Ausarbeitung der zielgruppenspezifischen digitalen Angebote wurden die Erkenntnisse der Suchtforschung und des Transtheoretischen Modells berücksichtigt (Prochaska & Velicer, 1997), wonach Änderungsprozesse mehrere qualitativ unterschiedliche und sukzessive aufeinander aufbauende Stufen durchlaufen. Vor diesem Hintergrund sollte die digitale Suchtberatung zur Veränderung des (Sucht-)Verhaltens motivieren und bei der Umsetzung der Verhaltensänderung unterstützen. Auch sollten die digitalen Beratungsangebote so konzipiert sein, dass diese geeignet sind, der Klientel die Möglichkeit eines Blended Counseling (die Verknüpfung von digitalen Angeboten mit der Beratung vor Ort) anzubieten.

AP2: Organisationsmodell und Qualitätssicherung

In diesem Arbeitspaket wurden spezifische Aspekte der Organisation und Umsetzung des konkreten digitalen Beratungsangebotes erarbeitet. So wurde die Frage erörtert, wie Beratungsstellen für den (Modell-)Betrieb der digitalen Suchtberatung ausgewählt werden können und wie – auf der Ebene der Bundesländer - die Zuweisung von Online-Klientinnen und -Klienten zu Beratungsstellen erfolgen kann. Ferner sollte dargestellt werden, wie die Organisation des Terminmanagements bzw. der Ressourcenallokation zu organisieren ist, welche Maßnahmen der Qualitätssicherung, Dokumentation und Evaluation notwendig sind und wie das Curriculum für eine Schulung der beteiligten Beraterinnen und Berater zur Umsetzung des digitalen Beratungsangebots zu gestalten ist.

AP3: Technische Umsetzung und Datenschutz

Gegenstand dieses Arbeitspakets war die Definition der technischen Anforderungen für eine nutzerfreundliche sowie (technisch und organisatorisch) datenschutzkonforme Umsetzung des Beratungsangebotes. Insbesondere sollte geklärt werden, wie sich konkrete inhaltliche Anforderungen aus dem Arbeitspaket 1 technisch umsetzen lassen, ob eine proprietäre/eigene Software notwendig ist oder ob entsprechende Lösungen bereits verfügbar sind und welche Sicherheitsvorkehrungen, sowohl auf Seiten der User, als auch auf Seiten der Beratenden, notwendig und praktikabel sind. Ergänzend wurde eine Grobkonzeption und eine erste Visualisierung von Frontend und Backend erarbeitet sowie eine Zeit- und Kostenschätzung für die technische Umsetzung vorgenommen.

AP4: Weiterentwicklungspotential

Erkenntnisse aus diesem Arbeitspaket zeigen auf, welche technischen und inhaltlichen Entwicklungsmöglichkeiten für digitale Suchtberatung existieren. So soll sichergestellt werden, dass bei der avisierten technischen Umsetzung der Plattform bereits Voraussetzungen für spätere Weiterentwicklungen berücksichtigt werden können (bspw. die Ergänzung von neuen Behandlungsmodulen/-funktionen; die Dokumentation und Abrechnung von Kassenleistungen; die Integration von Algorithmen, bspw. zur automatischen Steuerung von Interventionsbestandteilen).

AP5: Nachhaltige Finanzierung und Transfer

Im Rahmen dieses Arbeitspaketes sollten (ggf. länderspezifische) Modelle für eine nachhaltige Finanzierung der digitalen Suchtberatung erarbeitet werden. Insbesondere sollte ermittelt werden, welche konkreten finanziellen und organisatorischen Beiträge jeweils Bund, Länder und/oder Kommunen für die Umsetzung der digitalen Suchthilfe leisten müssten und können, sowie welche (landesspezifischen) Finanzierungquellen dafür zu Verfügung stehen. Zudem sollten in einem Transferkonzept Schritte zur Implementierung der digitalen Suchthilfe definiert werden.

2.2 Projektumsetzung

Die Bearbeitung der oben skizzierten Arbeitspakete erfolgte in gemäß der Aufgabenstellung unterschiedlich zusammengesetzten Arbeitsgruppen bzw. Workshops, die im Zeitraum der Konzeptentwicklung jeweils zwei Mal zusammenkamen bzw. stattfanden.

***Programmworkshops*:** Bei der Ausarbeitung der zielgruppenspezifischen digitalen Angebote wurden jeweils zwei bis drei erfahrene Suchtberaterinnen bzw. Suchtberater aus den beteiligten Bundesländern eingebunden. Diese sollten, neben ihrer eigenen fachlichen Erfahrung, explizit auch die Perspektive der Klientinnen und Klienten in die Konzeptionierung einbringen. Die zentrale Aufgabe bestand darin, die Anforderungen an eine digitale Suchtberatungsplattform sowie deren Bestandteile zu spezifizieren. In diesem Zusammenhang wurden Zielgruppen, Beratungsformate und Kommunikationskanäle definiert. Umgesetzt wurden zwei eintägige Workshops vor Ort, an denen jeweils elf Beraterinnen und Berater teilnahmen.

***Organisationsworkshops*:** Im Rahmen zweier eintägiger Arbeitstreffen wurden zentrale organisatorische Fragen bearbeitet, wie z. B. „Nach welcher Rationale werden Klientinnen und Klienten einzelnen Beratungsstellen zugewiesen? Sollen spezifische Zielgruppen (z. B. Glücksspieler*innen) nur an bestimmte Beratungsstellen geleitet werden? Wer übernimmt auf Beratungsstellen- und/oder Landesebene die Terminkoordination und Administration der Angebote? Wie soll dokumentiert und die Qualitätssicherung gewährleistet werden? Wie soll das Angebot der digitalen Suchtberatung im jeweiligen Bundesland kommuniziert werden? An dem Organisationsworkshop nahmen neben delphi aus jedem beteiligten Bundesland jeweils mindestens ein/e Vertreter/in von Beratungsstellen und Trägern sowie die Landesstelle für Suchtfragen teil.

***Transferworkshops*:** Aufgabe der beiden eintägigen Transferworkshops war die Sicherung einer nachhaltigen Finanzierung und die Vorbereitung der Implementierung/Kommunikation der digitalen Suchtberatung im jeweiligen Bundesland. Zu diesen Workshops eingeladen wurden Vertreterinnen und Vertreter der Landesministerien, der Landesstellen für Suchtfragen sowie der Träger der beteiligten Beratungsstellen.

Konsolidierung: Die zentralen Ergebnisse der einzelnen Workshops wurden bei Bedarf in den jeweils anderen Arbeitsgruppen aufgegriffen und diskutiert. Für die Ausarbeitungen bezüglich der technischen Umsetzung und des Datenschutzes wurde jeweils eine externe Expertise eingeholt. Die Ergebnisse der einzelnen Arbeitspakete wurden schließlich von delphi durch eigene Recherchen und Ausarbeitungen ergänzt und im vorliegenden Gesamtkonzept zusammengeführt.

3 Zielgruppen des digitalen Beratungsangebots

Mit dem digitalen Beratungsangebot sollten nach Meinung der Expertinnen und Experten grundsätzlich alle Personen mit einer Suchtproblematik sowie deren Angehörige und andere Bezugspersonen angesprochen werden. Spezifische Beratungsangebote werden in einem ersten Entwicklungsschritt für Teilzielgruppen empfohlen, die in den letzten Jahren die Hilfe der Suchtberatung besonders häufig in Anspruch genommen haben und/oder für Störungsbilder mit einer besonders hohen Prävalenz in der Bevölkerung.

Abbildung 2:Vorläufig fokussierte Zielgruppen

Themen der spezifischen Beratungsangebote der digitalen Suchtberatung:

- Alkohol
- Cannabis
- Glücksspiel
- Angehörige

Dem Jahrbuch Sucht zufolge zählen Alkohol- und Cannabiskonsumierende zur am häufigsten in Suchtberatungsstellen betreuten Klientel (DHS, 2020). Im Jahr 2018 hatten mehr als 73.000 Menschen mit einer Alkohol- und knapp 29.000 Menschen mit einer Cannabisproblematik eine ambulante Einrichtung der Suchthilfe aufgesucht. Die Prävalenz eines missbräuchlichen Konsums in der Gesamtbevölkerung ist mit 3,2 % (Alkohol) bzw. 0,6 % (Cannabis) am höchsten und liegt bei anderen illegalen Substanzen deutlich darunter (Seitz, John, Atzendorf et al., 2019a/2019b). Mit der Hauptdiagnose „Pathologisches Glücksspielen“ wendeten sich im Jahr 2018 mehr als 8.000 Personen an Beratungsstellen (vgl. auch Abschnitt 1). Die Prävalenz des problematischen Glücksspielverhaltens in der Gesamtbevölkerung beträgt 0,4 % (Banz, 2019).

Gemäß der Relevanz für die Beratungsstellen sowie der vergleichsweise hohen Prävalenz empfehlen wir deshalb, auf der digitalen Suchtberatungsplattform spezifische Beratungsangebote vorerst für die folgenden Zielgruppen vorzuhalten:

- Personen mit problematischem Alkoholkonsum
- Personen mit problematischem Cannabiskonsum
- Personen mit problematischem Glücksspielverhalten
- Angehörige oder Bezugspersonen, einschließlich Eltern suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher

Personas für Entwicklung und Kommunikation

Um sowohl im Rahmen der Konzeptionierung als auch bei der späteren Implementierung mit möglichst konkreten Zielgruppen arbeiten zu können, wurden im ersten Programmworkshop von den Beraterinnen und Beratern sogenannte Personas skizziert. Personas beschreiben, möglichst konkret und realistisch, (zukünftige) Nutzerinnen und Nutzer von Softwareprodukten. Im Rahmen der Softwareentwicklung können Personas helfen, die Bedürfnisse und Fähigkeiten der Nutzerinnen und Nutzer angemessen zu berücksichtigen und ein zielgruppengerechtes Angebot zu entwickeln (Holt, Winter & Thomaschewski, 2011; Liappas, Teriús-Padrón, García-Betances et al., 2020). Darüber hinaus können Personas für die Ausarbeitung von Kommunikations- und Marketingmaßnahmen genutzt werden. Die im Rahmen der Workshops skizzierten und eingesetzten Personas befinden sich im Anhang dieser Publikation (siehe Abschnitt 13.1).

Ansprache der Zielgruppen

Informationen zu den Zielgruppen können u. a. aus der Suchthilfestatistik abgeleitet werden (DSHS, 2019). So sollte die digitale Suchtberatung eine altersheterogene Zielgruppe ansprechen. Basierend auf Erfahrungen aus den ambulanten Beratungsstellen ist davon auszugehen, dass Cannabiskonsumierende die jüngste Zielgruppe darstellen (Ø 25 Jahre) und die Personen mit alkoholbezogenen Problemen die älteste (Ø 46 Jahre). Unter den Betroffenen selbst ist der Anteil der Männer dabei deutlich höher, während unter den Angehörigen der Frauenanteil deutlich überwiegt. Digitale Angebote wiederum erreichen ggf. auch jüngere Personen und mehr Frauen. Im Anhang finden sich einige zentrale, in den Workshops diskutierte Aspekte, die bei der Ansprache der Zielgruppen berücksichtigt werden sollten (Abschnitt 13.2).

Für die erfolgreiche Kommunikation des Angebots digitaler Suchtberatung an die Zielgruppen, sollte nach Ansicht der Expertinnen und Experten im Rahmen der Implementierung ein Kommunikationskonzept erarbeitet werden, das sowohl zentral als auch von den Ländern bis hin zu den Beratungsstellen lokal umgesetzt werden kann.

4 Inhalte des digitalen Beratungsangebots

Suchtberatung ist eine wissenschaftlich fundierte Intervention. Ihr Ziel ist die Überwindung suchtspezifischer Probleme. Zum Leistungsspektrum der Suchtberatung gehören die Vermittlung von Information, die Motivierung von Klientinnen und Klienten, die Unterstützung bei einer Verhaltensänderung und ggf. die Vermittlung in weiterführende (stationäre) Hilfen. Gemäß dieser Aufgaben und Anforderungen wurden folgende Kernelemente einer digitalen Suchtberatungsplattform identifiziert (vgl. Abbildung 3):

(1.) *Selbsttests* zur Förderung der Motivation, süchtiges Verhalten zu überwinden,

(2.) ein niedrigschwelliger, zeitnaher *Onlinezugang zu einer professionellen Suchtberatung* und

(3.) *digitale Interventionstools*, die Klientinnen und Klienten als strukturierte Anleitung und Unterstützung zur Verhaltensänderung nutzen können.

Die einzelnen Elemente sowie der Zugang von Ratsuchenden zu diesen Inhalten werden im Folgenden erläutert. Angesichts einer Vielzahl von Beratungs- und Therapiemethoden, die im Bereich der Suchthilfe eingesetzt werden, wird ein methodischer Rahmen für die Umsetzung der digitalen Beratung vorgeschlagen.

Abbildung 3: Kernelemente der digitalen Suchtberatungsplattform

4.1 Methodischer Hintergrund

Aufgabe der Suchtberatung ist es, Klientinnen und Klienten bei der Überwindung von Suchtproblemen zu unterstützen. Hierbei hat sich insbesondere das methodische Konzept der „Motivierenden Gesprächsführung“ (Miller & Sanchez, 1991; Miller & Rollnick, 1999) als wirksam erwiesen. Während dieser personenzentrierte Ansatz insbesondere die Veränderungsmotivation von Betroffenen stärkt, können verhaltenstherapeutische Elemente zur Verbesserung der Selbstregulation und Selbstkontrolle (Kanfer, 1986) beitragen. Beide genannten Ansätze finden sich in etlichen Beratungs- und Interventionskonzepten der Suchthilfe wieder[1] und werden auch als methodische Grundlage für die inhaltliche Ausgestaltung des digitalen Beratungsangebotes empfohlen. Die Motivierende Gesprächsführung sowie die Ansätze der Selbstregulation und Selbstkontrolle werden im Folgenden kurz erläutert.

4.1.1 Motivierende Gesprächsführung

Das Konzept des „Motivational Interviewing” wurde in den 80er Jahren von Miller und Rollnick (1999, 2015) basierend auf dem Veränderungsmodell von Prochaska und DiClemente (1984) für die Beratung von Menschen mit Suchtproblemen entwickelt. Motivierende Gesprächsführung ist ein zielgerichtetes, klientenzentriertes Beratungskonzept zur Lösung ambivalenter Einstellungen gegenüber Verhaltensänderungen. Der Umgang mit Widerstand und Ambivalenz steht im Zentrum der Motivierenden Gesprächsführung. Ambivalenz wird als normale Phase einer Verhaltensänderung akzeptiert, und Motivation zur Veränderung ist nicht Voraussetzung, sondern Ziel der Beratung. Die Klientin oder der Klient wird dabei als selbstverantwortlich behandelt und es gilt, sie bzw. ihn auf ihrem oder seinem Weg ohne Einflussnahme oder Machtausübung zu begleiten.

Problematisches Verhalten hat für die Betroffenen oft zwei Seiten: Einerseits leiden Beziehungen zu Familie und Freunden, es drohen Schwierigkeiten am Arbeitsplatz und die Selbstachtung gerät ins Schwanken. Andererseits lindert das problematische Verhalten aber auch Ängste und lässt Hemmungen und Sorgen vorübergehend vergessen. Die beratende Person akzeptiert diese Ambivalenz und hilft der Klientin oder dem Klienten in einer motivierenden Gesprächsführung, beide Seiten ihres Zwiespalts zu akzeptieren. Die Klientin oder der Klient bestimmt Zeitpunkt, Richtung, Rhythmus und Intensität des Gesprächs, die Beraterin oder der Berater bewegt sich mit und behält dabei das klientendefinierte Ziel im Auge.

Motivierende Gesprächsführung eignet sich unter anderem zur Beratung bei Alkohol-, Nikotin-, Medikamenten- und Drogenproblemen, sowie bei Risikoverhalten auch von Adoleszenten (Westra, Aviram & Doell, 2011; Körkel, 2012). Da es vor allem um eine Grundhaltung in der Beratungssituation geht, lässt sie sich zudem gut mit anderen Beratungs- und Therapieformen vereinbaren. Der Veränderungsprozess kann seitens der Beratung durch unterschiedliche Methoden befördert werden (Miller & Sanchez, 1991; Miller & Rollnick, 2015):

- Die Beraterinnen und Berater vermitteln eine empathische Grundhaltung.
- Die Eigenverantwortung des Klienten bzw. der Klientin wird gefördert.
- Die Selbstwirksamkeit des Klienten bzw. der Klientin wird gestärkt.

[1] Vgl. u. a. FreD – Frühintervention bei erstauffälligen Drogenkonsumenten; Selbstkontrolltraining SKOLL; Onlineberatung von „Quit the Shit“ und „Check out“; Community Reinforcement and Family Training CRAFT

- Dem Klienten bzw. der Klientin werden unterschiedliche Alternativen von Bewältigungs- oder Veränderungsstrategien angeboten.
- Der Klient bzw. die Klientin erhält Rückmeldungen, die zu einer kritischen Reflexion seiner gegenwärtigen Situation anregen.
- Der Klient bzw. die Klientin erhält Ratschläge.

In dem Maße, in dem die Umsetzung dieser Beratungselemente gelingt, steigt auf Seiten der Beratenen die Motivation zur Veränderung.

4.1.2 Selbstregulation und Selbstkontrolle

Selbstkontrolle ist die menschliche Fähigkeit, innere Impulse zu steuern und damit das eigene Verhalten zu kontrollieren. Kanfer (1986) geht davon aus, dass Selbstregulation immer dann einsetzt, wenn eine Person ein Ziel erreichen will und auf diesem Weg Hindernisse auftreten, oder wenn ein gewohnter Verhaltensfluss unterbrochen wird. In beiden Fällen richtet die betroffene Person ihre Aufmerksamkeit auf ihr Verhalten. Die Hauptkomponenten des Selbstregulationsmodells nach Kanfer (1986; Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1996) sind:

- Selbstbeobachtung
- Selbstbewertung
- Selbstverstärkung

Folgt man diesem Konzept, so können Maßnahmen der Suchthilfe als Unterstützung der Selbstregulation betrachtet werden. Für Menschen, die ihr süchtiges Verhalten überwinden wollen, kann Selbstkontrolle bedeuten, dass man die Umwelt entsprechend auswählt, indem man bestimmte Orte, Objekte oder Personen meidet bzw. aufsucht. Im alltäglichen Leben ist die Selbstkontrolle eine Quelle fortlaufender Konflikte im Individuum. Probleme der intraindividuellen Kontrollfunktionen sind daher häufig an der Entstehung und Entwicklung süchtiger Verhaltensweisen beteiligt.

4.2 Digitale Kommunikation

Damit Beratungsinhalte digital vermittelt werden können, sollte die Plattform zur digitalen Suchtberatung Ratsuchenden mehrere niedrigschwellige Kommunikationswege zur Verfügung stellen. Empfohlen wird in jedem Fall, den Zugang zur Suchtberatung **per E-Mail (bzw. Nachricht), per Text-Chat sowie per Videosprechstunde** zu ermöglichen. Dabei sollte im Rahmen der Videosprechstunde auch die Teilnahme von mehreren Klientinnen und Klienten möglich sein, um bei Bedarf digitale Gruppensitzungen durchführen zu können.

Über die Bereitstellung verschiedener Kommunikationswege kann seitens der Ratsuchenden der jeweils passende Zugang in Abhängigkeit von Tageszeit, Verfügbarkeit von Terminen sowie persönlichen Präferenzen individuell gewählt werden. Während eine Anfrage via Nachricht zu jeder Zeit an die Beratung gerichtet werden kann, wird eine Kontaktaufnahme via Videosprechstunde oder Chat in der Regel nur mit Termin möglich sein. Entsprechende Termine werden von den beteiligten Suchtberatungsstellen online in einem Terminkalender zur Verfügung gestellt. Ratsuchende sollten die Wahl haben, ob sie das Beratungsgespräch via Text-Chat oder Videosprechstunde durchführen möchten.

Seitens der Beratungsstellen sollte die Möglichkeit bestehen, über die Bereitstellung der Termine die Nutzung der Videosprechstunde gegebenenfalls auszuschließen. Darüber hinaus sollten Beratungsstellen über die Terminbuchungsfunktion der Plattform für registrierte Klientinnen und Klienten optional auch Termine für eine telefonische Beratung oder eine Beratung vor Ort zur Verfügung stellen können.

4.3 Zugang zum digitalen Angebot („User Journey“)

Basierend auf den Ergebnissen der Stakeholderworkshops empfehlen wir die Einrichtung eines Zugangs für alle Klientinnen und Klienten über eine bundeseinheitliche, zentrale Webseite, die die heterogenen Zielgruppen anspricht. Auf der Webseite sollten motivierende Selbsttests für die genannten Zielgruppen vorgehalten werden (vgl. Abschnitt 4.4), sowie Informationen über Beratungsangebote vor Ort und Hinweise auf Informationsmaterialien bzw. -quellen für den Themenbereich Sucht und Abhängigkeit. Die Nutzung der Selbsttests und Informationsangebote sollte für alle Besucherinnen und Besucher der Webseite ohne Registrierung möglich sein.

Für die Nutzung der weiteren Elemente der digitalen Suchtberatung (Kommunikation mit Beratungsstellen; digitale Interventionstools) müssen die Ratsuchenden zunächst einen Registrierungsprozess durchlaufen, der im Folgenden beschrieben wird.

Um die Niedrigschwelligkeit des Angebotes zu gewährleisten wird ein zweistufiger Prozess vorgeschlagen:

1. Initiale Registrierung für die Nutzung der Kommunikationsfunktionen
2. Einstiegsbefragung für die Nutzung der strukturieren Beratung / digitalen Tools

Initiale Registrierung

Im Rahmen der initialen Registrierung werden zentrale soziodemographische Daten, Informationen zur individuellen Situation (Problembereich; selbst Betroffene oder Angehörige) sowie die Postleitzahl der ratsuchenden Person abgefragt. Die eingesetzten Items können sich dabei am KDS-F (Kerndatensatz Fall) orientieren (vgl. Abschnitt 6.1). Die im Rahmen der Registrierung erfragte Postleitzahl wird für die Zuordnung von Ratsuchenden auf die Beratungsstellen genutzt (vgl. Abschnitt 5.1). Im Falle des Blended Counseling, also der ergänzenden digitalen Betreuung ambulanter Klientinnen und Klienten, kann eine direkte Zuordnung der ratsuchenden Person zu einer Beratungsstelle ggf. über einen personalisierten Link erfolgen. Unmittelbar nach dieser kurzen Registrierung stehen den Klientinnen und Klienten die o.g. Kommunikationswege in die jeweilige Beratungsstelle offen. Sie können also eine Nachricht an die Beratungsstelle verfassen oder, je nach Verfügbarkeit, Termine für Videosprechstunden oder Chats reservieren.

Einstiegsbefragung für die strukturierte Beratung

Überdies steht allen registrierten Klientinnen und Klienten die Möglichkeit offen, im Rahmen einer strukturierten Beratung die digitalen Interventionstools zu nutzen. Entsprechende Beratungsangebote sollen initial zumindest für die o.g. vier Zielgruppen vorgehalten werden (vgl. Abschnitt 3). Ratsuchende die diese Option in Anspruch nehmen wollen, sollten aufgefordert werden, im Rahmen einer Einstiegsbefragung weitere Angaben zur individuellen Situation zu machen. In dieser Einstiegsbefragung werden insbesondere Informationen zum individuellen Sucht- bzw.

Glücksspielverhalten oder zum subjektiven Belastungserleben bei Angehörigen erhoben. Die Erfassung dieser Angaben erfolgt in Anlehnung an eine übliche Eingangsdiagnostik vor Ort. Die Angaben werden anschließend nicht nur im Rahmen der Beratung genutzt, sondern sind auch für die Evaluation von zentraler Bedeutung (vgl. Abschnitt 6.3). Nach Bearbeitung der Einstiegsbefragung ist die Auswahl eines Chat-Termins oder eines Starttermins notwendig (vgl. Abschnitt 4.5.1). Die Festlegung eines Starttermins soll den strukturierten und regelmäßigen Austausch während der Programmlaufzeit sicherstellen (vgl. Abschnitt 4.5). Sollte seitens der Beratungsstelle aktuell kein Einstiegstermin vorgehalten werden, sollten die Ratsuchenden eine Termin-Anfrage an die zuständige Beratungsstelle senden können. Abbildung 4 (siehe Folgeseite) skizziert die geschilderten Wege in die Beratung und die vorgehaltenen Angebote.

4.4 Selbsttests: „Brauche ich eine Suchtberatung?“

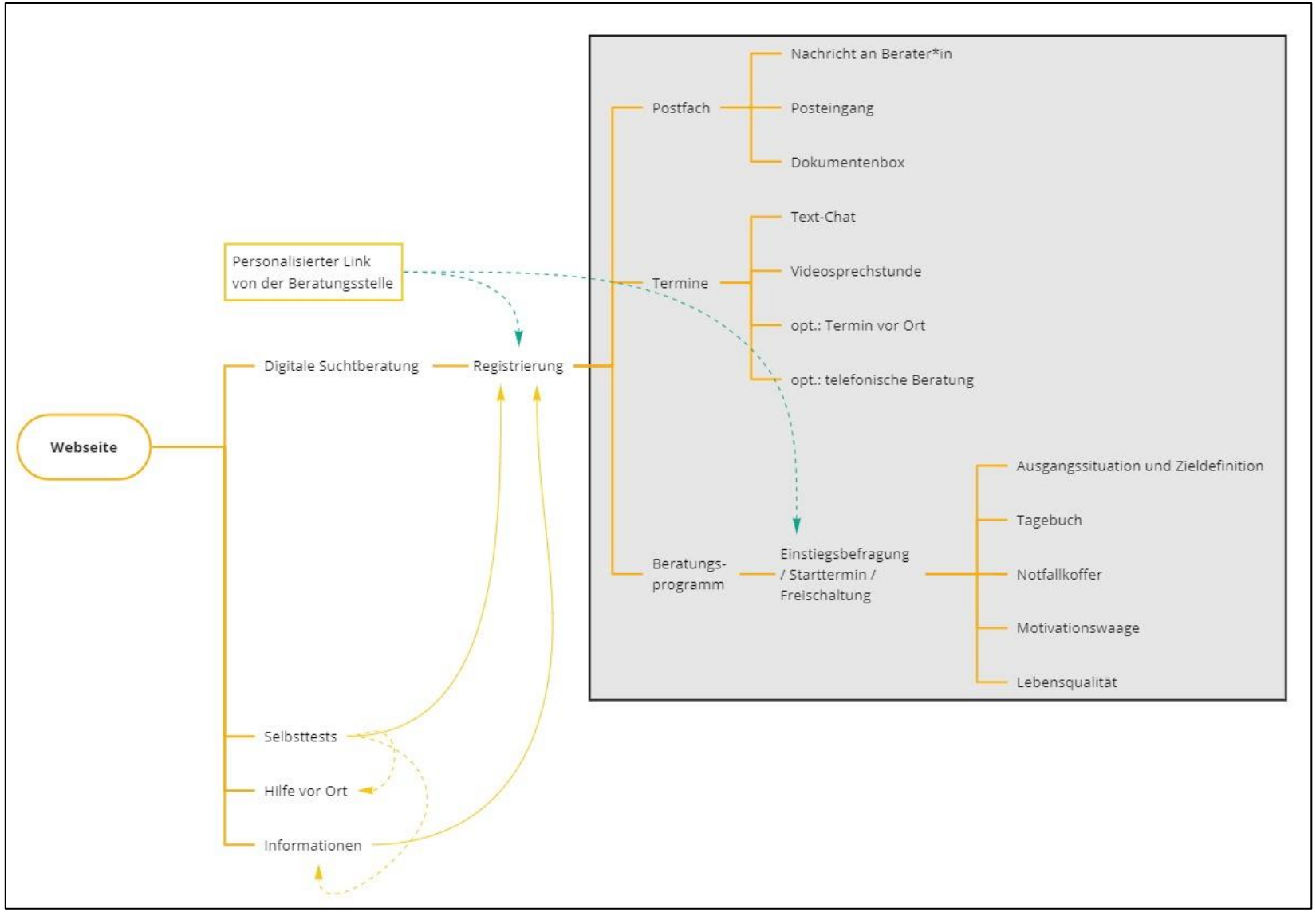
Die Selbsttests auf der Plattform zielen darauf ab, Nutzerinnen und Nutzer dazu anzuregen, ihren Substanzkonsum- bzw. ihr Glücksspielverhalten selbstkritisch zu überdenken und sie dazu zu motivieren, ihr Verhalten ggf. zu verändern. Damit sind die Selbsttests ein Instrument der selektiven Prävention, die insbesondere in Verbindung mit weiteren Angeboten der (digitalen) Suchtberatung als Maßnahme der Früherkennung und Frühintervention betrachtet werden können (BZgA, 2007; Bischof, Freyer-Adam, Reinhardt et al., 2008). Im Zentrum eines Selbsttests stehen Screening-Instrumente, die geeignet sind, den Nutzerinnen und Nutzern eine empirisch begründete Rückmeldung zu ihrem aktuellen Suchtverhalten oder Abhängigkeitsrisiko zu geben. In Abhängigkeit vom Ergebnis des Screenings erhalten die Personen konkrete Handlungsempfehlungen. So werden Personen mit einem erhöhten Abhängigkeitsrisiko bzw. Angehörige basierend auf ihrem subjektiven Belastungserleben dazu angeregt, ein Beratungsangebot der (digitalen) Suchtberatung in Anspruch zu nehmen.

Die für die unterschiedlichen Zielgruppen potentiell einzusetzenden Instrumente können der nachfolgenden Tabelle entnommen werden (Tabelle 1).

Tabelle 1: Für Selbsttests nutzbare Screeninginstrumente

Zielgruppenspezifischer Selbsttest	***Potentielle Screening-Instrumente***
Selbsttest zum Alkoholkonsum	AUDIT-C (Bush, Kivlahan, McDonell et al., 1998)
Selbsttest zum Cannabiskonsum	Severity of Dependence Scale (SDS) (Steiner, Baumeister & Kraus, 2008)
Selbsttest zum Glücksspielverhalten	Problem Gambling Severity Index (PGSI/CPGI) (Jackson, Wynne & Dowling, 2009)
Selbsttest für Angehörige	Short questionnaire for family members affected by addiction (SQFM-AA) (Buchner, Koytek, Wodarz et al., 2016)

Abbildung 4: Avisierte Zugänge zu Angeboten der digitalen Suchtberatung (Front-end)



4.5 Strukturierte Beratung mit digitalen Interventionstools

Digitale Interventionstools sind interaktive Online-Materialien, die von Klientinnen und Klienten zur Reflexion ihrer Einstellungen und Verhaltensweisen genutzt werden können. Die digitalen Tools (bspw. Konsumtagebücher, Übungen zur Rückfallprävention) dienen, im Zusammenspiel mit festgelegten Kommunikationsprozessen, der Strukturierung des digitalen Beratungsprozesses. Zudem werden die Tools für den Austausch zwischen Klientinnen und Klienten und den Beratenden eingesetzt. Die Nutzung digitaler Interventionstools kann auch in der laufenden Beratungsarbeit mit der Bestandsklientel eingesetzt werden (Blended Counseling).

Im Rahmen der einzelnen Tools werden in der Suchtberatung besonders häufig adressierte Themenbereiche aufgegriffen, die insbesondere im Kontext der Stärkung der Selbstkontrolle und der Rückfallprävention eine zentrale Rolle spielen (vgl. Marlatt & Gordon, 1985) und die bereits seit vielen Jahren in einer ganzen Reihe von Beratungsmanualen bzw. -konzepten zur praktischen Anwendung kommen. Die Tools sind weitestgehend universell einsetzbar, müssen jedoch bzgl. Ansprache und Inhalt jeweils an die spezifische Zielgruppe angepasst werden. Speziell für Angehörige und Bezugspersonen sollte die ergänzende Adaption von Elementen der ELSA Elternberatung erwogen werden (vgl. ELSA Sachbericht, 2014). Nachfolgend werden der Einsatz der Tools sowie die einzelnen digitalen Interventionstools skizziert.

4.5.1 Einstieg in die strukturierte Beratung

Der Einstieg in die strukturierte Beratung und damit die Nutzung der digitalen Tools, erfolgt nach der initialen Registrierung auf der Plattform (vgl. Abschnitt 4.3). Dafür bearbeitet die Klientin bzw. der Klient die entsprechende Einstiegsbefragung und wählt am Ende des Prozesses entweder einen freien Termin für ein Chatgespräch resp. die Videosprechstunde aus. Alternativ soll ein Einstieg ohne Chat-Termin ermöglicht werden. Dafür wählen Ratsuchende lediglich ein Einstiegsdatum aus. Der Austausch mit den Beratenden erfolgt in diesem Fall zunächst ausschließlich asynchron über die Nachrichtenfunktion.

Der Zugriff auf die digitalen Tools wird nach dem Einstiegsgespräch von den Beratenden bzw. an dem entsprechenden Einstiegsdatum automatisch freigeschaltet. Mit der Festlegung eines Chat-Termins bzw. eines festen Einstiegsdatums wird sichergestellt, dass ausreichende Beratungskapazitäten zur Verfügung stehen, um Personen während der Nutzung der Tools angemessen und kontinuierlich zu begleiten (vgl. Abschnitt 4.3). Über die Festlegung des Einstiegsdatums wird zudem grob definiert, an welchem Tag zukünftig der regelmäßige Austausch von Beratenden und Ratsuchenden erfolgt. Im Rahmen der digitalen Beratung wird eine wöchentliche Rückmeldung durch die Beratenden empfohlen. Im Laufe der strukturierten Beratung werden seitens der Beratenden die für die jeweilige Klientin bzw. den jeweiligen Klienten passenden Tools ausgewählt und zur Verfügung gestellt.

Abbildung 5: Nutzung digitaler Tools

Merkmale der hier skizzierten strukturierten Beratung:

- Anforderung durch Klientin/Klient oder Freischaltung durch Beraterin/Berater
- Einstieg/Beginn an definiertem Datum
- Vier Wochen Laufzeit
- Optionale Verlängerung auf bis zu acht Wochen
- Rein digital oder Nutzung für „Blended Counseling“ möglich

Für das Blended Counseling soll der direkte Zugang zu den Tools über einen in der Beratungsstelle ausgegebenen Zugangscode ermöglicht werden. Hier kann die Kommunikationsfrequenz im digitalen Bereich an die Beratungstätigkeiten vor Ort angepasst werden.

Die Nutzung der digitalen Tools unter fachlicher Begleitung wird, basierend insbesondere auf Erfahrungen aus anderen Interventionsangeboten und deren Evaluation, für einen Zeitraum von vier Wochen empfohlen. Optional könnte dieser Zeitraum um bis zu vier weitere Wochen verlängert werden, sofern die Klientin bzw. der Klient dies wünscht und die Beraterin bzw. der Berater dies als sinnvoll oder notwendig erachtet, um den Prozess der Verhaltensänderung weiter zu unterstützen.

4.5.2 Ausgangssituation und Zieldefinition

Zu Beginn der Nutzung der digitalen Interventionstools werden Klientinnen und Klienten aufgefordert, ihre individuelle Ausgangssituation zu beschreiben und ihr persönliches Ziel zu formulieren. Durch entsprechende vorgegebene Fragen und anhand von konkreten Beispielen werden die Klientinnen und Klienten bei dieser Aufgabe unterstützt. Ausgangssituation und insbesondere das persönliche Ziel können zudem im Laufe des Beratungsprozesses gemeinsam mit den Beratenden bei Bedarf konkretisiert und weiter ausformuliert werden.

4.5.3 Das Online-Tagebuch

Das Online-Tagebuch ist das Kernmedium der digitalen Suchtberatung. Es fördert die Selbstbeobachtung der Beratungsklientel und stellt gleichsam eine zentrale Kommunikationsfläche zwischen den Beratenden und den Ratsuchenden dar. Ratsuchende nutzen das Tagebuch, indem sie ihr Suchtverhalten und die damit verbundenen Erfahrungen und Reflexionen – vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Ziele - täglich dokumentieren und kommentieren. Für Beraterinnen und Berater sind die Tagebucheinträge eine Grundlage für ihre regelmäßigen, motivierenden Rückmeldungen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Problematik der Ratsuchenden (Cannabis, Alkohol, Glücksspiel) gilt es, das Online-Tagebuch entsprechend anzupassen. Das Tagebuch für Angehörige sowie für Eltern suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher fokussiert primär die Erfahrung in der Kommunikation mit dem betroffenen Partner bzw. Familienmitglied und kann sich an der Konzeption orientieren, die im Rahmen des ELSA-Programms umgesetzt wurde (ELSA Sachbericht, 2014; Leuschner, 2015).

Abbildung 6: Digitale Tools in der Beratung

Vorschläge für digitale Tools in der strukturierten Beratung:

- Erfassen von Ausgangssituation und Zieldefinition
- Tagebuch
- Motivationswaage
- Risikosituationen und Kontrollstrategien
- Notfallkoffer zur Bewältigung von Rückfällen
- Lebensqualität verbessern

4.5.4 Motivationswaage: Vorteile und Nachteile der Verhaltensänderung

Suchtstörungen sind oft von starken Ambivalenzen begleitet. Vor diesem Hintergrund wird im Rahmen der „Motivierenden Gesprächsführung“ die Arbeit mit der Motivationswaage empfohlen (vgl. u. a. SKOLL-Programm). Die Übung zu den antizipierten Vor- und Nachteilen einer Verhaltensänderung dienen der Motivationsklärung. Nutzerinnen und Nutzer sind dabei aufgefordert, all jene individuellen Motive zu benennen, die für eine Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens sprechen. Ebenso sind

sie angehalten, ihre persönlichen Gründe für einen Konsumverzicht bzw. für das Einstellen des Glücksspielverhaltens zu benennen. Auch diese Angaben werden in der Beratung aufgegriffen und mit den Betroffenen reflektiert.

4.5.5 Individuelle Risikosituationen identifizieren – Kontrollstrategien definieren

Unter Risikosituationen sind Momente im Alltag zu verstehen, die mit einer subjektiven Bedrohung der individuellen Kontrollfähigkeit einhergehen. Durch eine gezielte Fokussierung auf die individuellen Risikosituationen werden Klientinnen und Klienten darin unterstützt, suchtbedingte Automatismen zu unterbrechen und abstinente Erfahrungen zu machen (vgl. u. a. „Realize It"; Kasten, 2017). In dieser Übung notieren die Teilnehmenden ihre individuell-typischen Konsumsituationen und schätzen ein, wie schwer es ihnen fällt, in der genannten Situation auf den Substanzkonsum (bzw. das Glücksspiel) zu verzichten. Als nächstes werden die Teilnehmenden dazu aufgefordert, sich Kontrollstrategien zu überlegen, die ihnen helfen können, die spezifische Risikosituation zu meistern. Bei Bedarf unterstützen die Beratenden bei der Entwicklung, Erprobung und Verbesserung entsprechender Strategien.

4.5.6 Der Notfallkoffer – Mit Rückfällen umgehen

Das Vorhaben, das eigene Suchtverhalten zu verändern bzw. einzustellen wird immer wieder auf die Probe gestellt. Die Vermeidung von Rückfällen ist aus diesem Grund eine zentrale Aufgabe der Suchthilfe (vgl. u. a. FreD-Programm). Erfahrungen zeigen, dass das Rückfallrisiko kleiner ist, wenn man bereits im Vorfeld einen schriftlichen Notfallplan hat, da es in einer Rückfallrisikosituation häufig nicht möglich ist, klare Gedanken zu fassen. Der sogenannte Notfallkoffer besteht aus konkreten Anweisungen und Handlungsstrategien, zu dem neben einfachen Merksätzen auch Namen und Telefonnummern von Personen und Institutionen gehören, die bei einem (drohenden) Rückfall kontaktiert werden können („Wer kann mich jetzt unterstützen?" „Welche Schritte leite ich ein?").

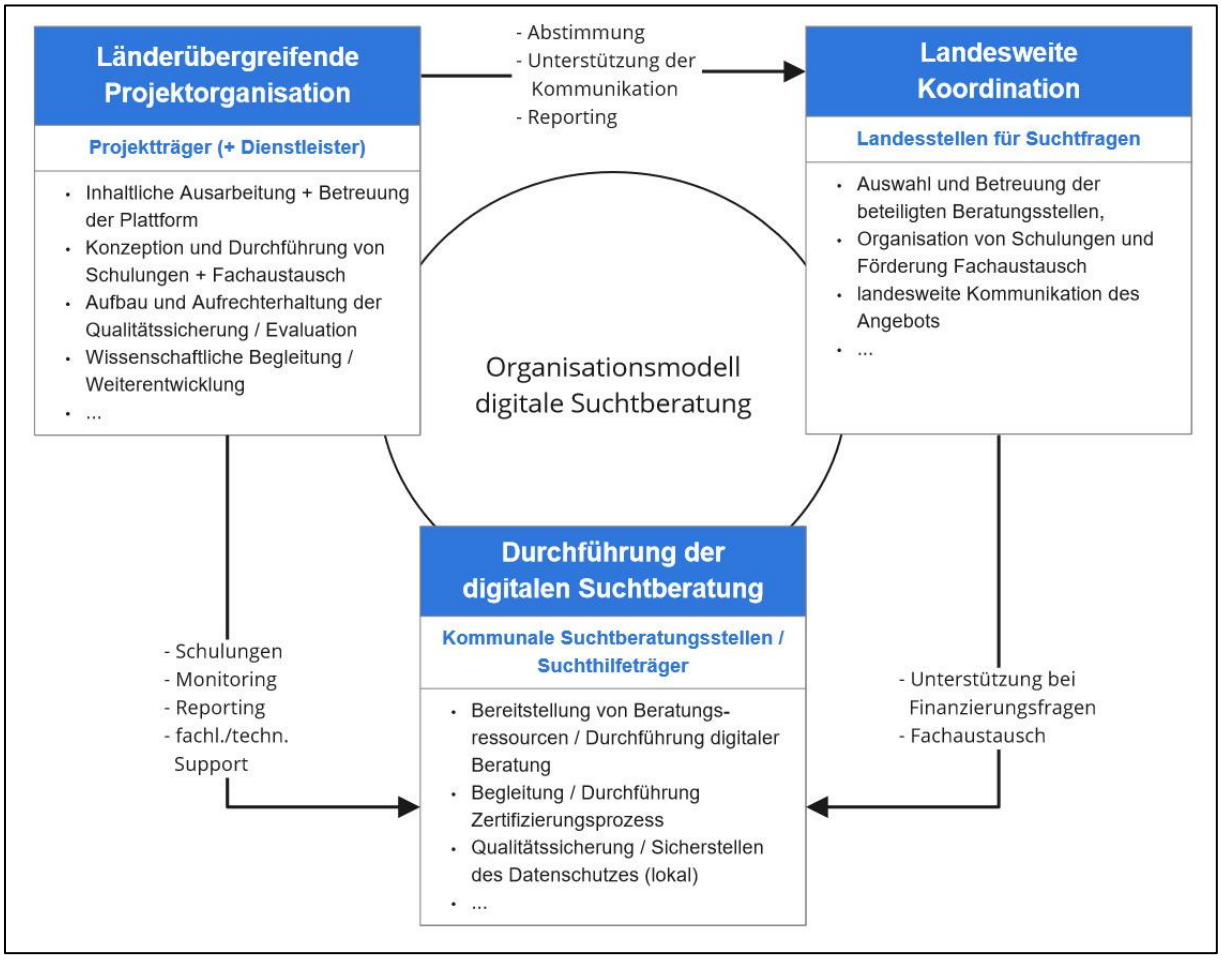
4.5.7 Lebensqualität verbessern

Eine gute Lebensqualität zeichnet sich unter anderem durch eine positiv erlebte Alltagsgestaltung aus und kann maßgeblich dazu beitragen, Herausforderungen im Umgang mit dem Substanzkonsum oder einer Glücksspielsucht zu bewältigen. Das gilt sowohl für Betroffene, als auch für Angehörige (vgl. CRAFT/CRA-Programm; Smith & Meyers, 2008). Eine gezielte positive Alltagsgestaltung kann Betroffenen helfen, das Verlangen nach Substanzen oder bestimmten Verhaltensmustern (Craving) zu verringern, dadurch Rückfälle zu vermeiden und erste Verhaltensänderungen zu stabilisieren. Nicht zuletzt gilt es, die durch Verhaltensänderungen frei gewordene Zeit (bspw. durch den Wegfall oder die Reduktion des Konsums/Glückspielverhaltens), konstruktiv zu füllen. Angehörige von Suchtkranken können durch eine gezielte positive Alltagsgestaltung ihre persönlichen Bedürfnisse (wieder) stärker in den Fokus nehmen, ihre Ressourcen stärken, sich vom problematischen Verhalten der betroffenen Person besser abgrenzen und dadurch die individuelle Belastung verringern. Im Rahmen dieses Tools erhalten die Klientinnen und Klienten Anregungen, wie sie ihren Alltag positiv gestalten können. Sie planen konkrete Aktivitäten, dokumentieren die Umsetzung und reflektieren, unterstützt von ihrer Beraterin oder ihrem Berater, ihre Erfahrungen.

5 Organisation der digitalen Beratung

Im Zusammenhang mit der Organisation der trägerübergreifenden digitalen Beratungsangebote musste operationalisiert werden, wie Beratungsstellen die digitale Beratung umsetzen können und wie Klientinnen und Klienten online der für sie „zuständigen“ Beratungsstelle zugeordnet werden. Ferner ist zu definieren, welche Organisationsaufgaben auf der Ebene einzelner Beratungsstellen, auf Landesebene sowie länderübergreifend zu bewältigen sind und wie die einzelnen Instanzen miteinander im Austausch stehen. Abbildung 7 gibt einen Überblick über die mögliche Organisation der digitalen Suchtberatung.

Abbildung 7: Empfohlenes Organisationmodell der digitalen Suchtberatung



5.1 Umsetzung der Beratung

Das trägerübergreifende digitale Beratungsangebot soll deutschlandweit genutzt werden. Vor diesem Hintergrund gilt es, bei der Zuweisung von Klientinnen und Klienten zu den zuständigen, kommunalen Suchtberatungsstellen sowohl *regionale* als auch *fachliche* Aspekte zu berücksichtigen.

Hilfebedürftige, die online Kontakt zur digitalen Beratungsplattform aufnehmen, sollen zunächst mittels Postleitzahl an das Beratungsteam einer möglichst wohnortnahen Beratungsstelle geleitet werden. So kann am ehesten eine weitergehende Beratung vor Ort bzw. auch die Einleitung einer suchtspezifischen Behandlung (z. B. ambulante bzw. stationäre Rehabilitation) durch die wohnortnahe Beratungsstelle gewährleistet werden.

Suchtberatungsstellen sprechen oft eine spezifische Klientel an. Die Angebote von Drogenberatungsstellen richten sich hier häufig explizit an Konsumentinnen und Konsumenten illegaler Drogen, während Alkoholberatungsstellen Menschen mit Alkoholproblemen ansprechen. Dieser fachliche Aspekt soll – zusätzlich zum Kriterium der Wohnortnähe – bei der Zuordnung von Nutzerinnen und Nutzern der Online-Plattform berücksichtigt werden (vgl. Abschnitt 4.3).

Beteiligte Beratungsstellen stellen personelle Ressourcen für die Umsetzung der digitalen Suchtberatung zur Verfügung. Sie benennen geeignetes Fachpersonal für die Umsetzung der Beratung und gewährleisten ein bedarfsgerechtes Terminmanagement. Wir empfehlen die Beteiligung von mindestens zwei Suchtberaterinnen bzw. -beratern pro Beratungsstelle, um die Online-Beratung auch im Vertretungsfall (Urlaub, Krankheit) aufrechterhalten zu können (vgl. Abschnitt 9.4.1).

Den involvierten Fachkräften muss die Möglichkeit gegeben werden, an initialen Schulungen sowie regelmäßigen Fachtreffen teilzunehmen (vgl. Abschnitt 6). Die Beratungsstelle ist im Kontext der lokal erbrachten Beratungsleistung nicht nur für die Sicherstellung der Beratungsqualität, sondern auch für die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben verantwortlich (vgl. Abschnitt 8). Zudem könnten, ggf. in Zusammenarbeit mit der betreffenden Landesstelle, lokale Maßnahmen zur Kommunikation des digitalen Beratungsangebotes umgesetzt werden.

5.2 Landesweite Koordination

Die Landesstellen für Suchtfragen, als landesweit und in der Regel trägerübergreifend tätige Fachinstitutionen, übernehmen die Steuerung und Koordinierung der digitalen Suchthilfe auf Landesebene. Sie stellen damit das zentrale Bindeglied zwischen der bundesweiten Projektsteuerung und den Beratungsstellen bzw. Trägern dar. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der digitalen Suchtberatung würden die Landesstellen vor allem vier zentrale Aufgaben übernehmen:

- Sie organisieren die Auswahl und die Betreuung der beteiligten Beratungsstellen,
- sie organisieren landesweite oder ggf. regionale Schulungen und fördern den kontinuierlichen Fachaustausch zu Fragen der digitalen Suchtberatung,
- sie befördern eine landesweite Kommunikation des Angebots und
- sie unterstützen die Beratungsstellen des jeweiligen Bundeslandes bei Finanzierungsfragen.

Die genaue Ausgestaltung und Umsetzung dieser Aufgaben wird sich an den landesspezifischen Gegebenheiten und Ausgangsbedingungen orientieren müssen.

5.3 Länderübergreifende Organisation

Die Angebote der digitalen Suchtberatung sollen bundesweit verfügbar sein und auf eine gemeinsame, technische Infrastruktur zurückgreifen. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer übergeordneten, länderübergreifenden Projektorganisation.

Die länderübergreifende Projektorganisation umfasst insbesondere folgende Aufgaben:

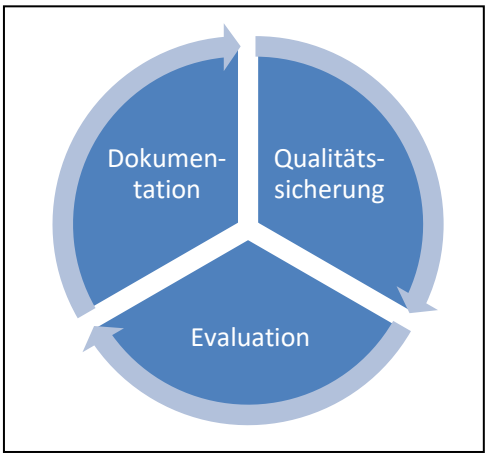
- Die allgemeine, länderübergreifende Projektsteuerung (Koordinierung der Aktivitäten der Projektbeteiligten; Ausarbeitung und Begleitung der Implementation des Beratungsangebotes

in einer Modellphase; Ansprechpartner für externe Dienstleister (IT, Datenschutz, Kommunikation))
- Konzeption und Durchführung von Schulungen sowie die nachhaltige Förderung des Fachaustauschs
- Konzeption, Aufbau und Aufrechterhaltung eines (ggf. träger- und länderübergreifenden) Monitoringsystems zur Qualitätssicherung
- Bearbeitung von Fragen technischer und fachlicher Art seitens der Beratenden
- Bearbeitung technischer Fragen seitens der Klientinnen und Klienten
- Unterstützung / Zuarbeiten bei der landesweiten Kommunikation der digitalen Suchtberatung
- Evaluation / wissenschaftliche Begleitung
- Förderung / Umsetzung einer kontinuierlichen Weiterentwicklung des Angebotes

6 Qualitätsmanagement

Hilfesuchende Menschen haben ein Recht auf wirkungsvolle Hilfen (Bürkle, 2015). Die Sicherstellung der Beratungsqualität ist deshalb ein wichtiges Kriterium der professionellen Suchtberatung (DHS, 1999). In diesem Zusammenhang gilt es, angemessene Rahmenbedingungen für die Beratung zu schaffen (*Strukturqualität*), die fachgerechte Durchführung der Beratung sicherzustellen (*Prozessqualität*) sowie die Wirksamkeit der erbrachten Leistungen zu gewährleisten (*Ergebnisqualität*). Im Kontext der digitalen Suchthilfe sind für die Strukturqualität, neben den jeweiligen Arbeitsbedingungen vor Ort, insbesondere die technische Infrastruktur (Abschnitt 7) sowie die Umsetzung des Datenschutzes (Abschnitt 8) zentral. Um die Prozessqualität sowie die Ergebnisqualität in der digitalen Suchtberatung gewährleisten zu können, sollten spezifische Maßnahmen der Qualitätssicherung und Evaluation implementiert werden (vgl. Schaub, Wenger, Bachmann et al., 2014). Dies gilt umso mehr, da davon ausgegangen werden muss, dass die überwiegende Zahl der Beratenden bisher wenig oder keine Erfahrungen mit der digitalen Suchtberatung hat.

Abbildung 8: Bestandteile des Qualitätsmanagements



Um die Prozess- und Ergebnisqualität der digitalen Suchtberatung sicherzustellen, sind Maßnahmen auf mehreren Ebenen umzusetzen (siehe Abbildung 8), die nachfolgend erläutert werden:

1. *Dokumentation*: Die Inanspruchnahme der Beratung sollte von den Beratungsstellen bzw. den Beratenden transparent und vergleichbar mit der Beratung vor Ort dokumentiert werden.
2. *Qualitätssicherung*: Im Rahmen der Qualitätssicherung gilt es, die fachliche Qualität des Angebotes auf Ebene der Beratungsvorgänge sicherzustellen.
3. *Evaluation*: Eine kontinuierliche Evaluation sowie ggf. eine ergänzende wissenschaftliche Begleitung kann Erkenntnisse zur Inanspruchnahme und Wirksamkeit der digitalen Beratung sowie zu Verbesserungs- und Weiterentwicklungspotentialen liefern.

6.1 Dokumentation der Beratungsleistung

Die Mehrzahl der ambulanten und stationären Einrichtungen der Suchthilfe setzt eine standardisierte Dokumentation anonymisierter Daten von Klientinnen und Klienten in Form des Deutschen Kerndatensatz (KDS) um. Mit dem Kerndatensatz soll eine möglichst einheitliche Erfassung wesentlicher Informationen über die in der Suchthilfe betreute Klientel sowie eine Zusammenführung der entsprechenden Daten in der Deutschen Suchthilfestatistik realisiert werden. Die Datenerhebung im Rahmen der Registrierung, der Einstiegsbefragung sowie ggf. des Beratungsverlaufs soll sich an den zentralen Items des KDS-F (Kerndatensatz Fall) orientieren, um eine Vergleichbarkeit bzw. Übertragbarkeit zu gewährleisten.

Die Berücksichtigung zentraler Variablen des Kerndatensatzes in der Eingangsbefragung und bei der Erhebung zum Beratungsverlauf wurde oben bereits empfohlen (vgl. Abschnitt 4.3). Da die Daten bei der Registrierung von Ratsuchenden automatisch digital erfasst und gespeichert werden, ist lediglich der Übertrag dieser Daten in die genutzte Dokumentationssoftware der Beratungsstelle (bspw. PATFAK, EBIS, Tau-Office) notwendig. Um den Beratungsstellen eine vereinfachte Möglichkeit der Dokumentation zu ermöglichen, wird perspektivisch die Integration einer Exportfunktion für KDS-Daten empfohlen. Entsprechend sollte bereits im Rahmen der Entwicklungsarbeit die Integration einer universellen Schnittstelle für den Datenexport bzw. die Datenmigration berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 7). Dadurch könnten Daten der digitalen Beratung, auf einfachem Wege und ohne potentielle manuelle Übertragungsfehler, in die digitalen Datensätze der Beratungsstellen importiert werden.

6.2 Qualitätssicherung

Zur Sicherstellung der fachlichen Qualität der digitalen Suchtberatung empfehlen wir neben Schulungen eine fachliche Begleitung beim Einstieg in die digitale Beratung sowie einen kontinuierlichen fachlichen Austausch der Beraterinnen und Berater. Darüber hinaus sollten formale Kriterien bezüglich der Qualifikation der Beraterinnen und Berater für die Umsetzung der digitalen Beratung definiert werden. In anderen Projekten der digitalen Suchtberatung haben sich diese Elemente der Qualitätssicherung bereits bewährt und in den Programmworkshops wurden die im folgenden erläuterten Maßnahmen seitens der Beraterinnen und Berater ausdrücklich begrüßt.

6.2.1 Qualifikation der Fachkräfte

Für die Beteiligung von Beraterinnen und Beratern an der digitalen Suchtberatung werden als Orientierung folgende formale Teilnahmekriterien vorgeschlagen. Diese können in einem breit angelegten Konsensverfahren ggf. weiter ausformuliert oder angepasst werden:

- Abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium der Pädagogik, Psychologie, Sozialen Arbeit oder vergleichbarer Felder
- Berufserfahrung in der Suchtberatung von mindestens einem Jahr
- Abgeschlossene Zusatzqualifikation bzw. Ausbildung in systemisch-lösungsorientierter Therapie bzw. Beratung, Verhaltens-, Gesprächs-, Familien-, Gestalt- oder tiefenpsychologische Therapie oder eine Anerkennung des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger (VdR) in Suchttherapie

- Bei Beraterinnen und Beratern mit anderen / ohne Zusatzqualifikationen sollte eine Berufserfahrung in der Suchtberatung von mindestens zwei Jahren vorliegen
- Erfahrung in der Durchführung ambulanter Suchtberatung und im Umgang mit der Klientel (mind. 50 Klientinnen bzw. Klienten pro Jahr)
- Bereitschaft zur Teilnahme an der Einführungsschulung sowie am Fallmonitoring und der kontinuierlichen Supervision
- Regelmäßige Teilnahme am fachlichen Austausch (Netzwerktreffen)

6.2.2 Schulungen für Beraterinnen und Berater

Vor dem Einstieg in die Nutzung der digitalen Suchtberatung sollte für Beratende die Teilnahme an einer Schulung obligatorisch sein. In der Schulung sollten insbesondere die folgenden Inhalte vermittelt werden:

- Technische Einführung in die Plattform
- Besonderheiten der digitalen Suchtberatung
- Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit
- Erläuterungen zu Qualitätssicherung, Fallmonitoring und Supervision

Die Konzeption und Durchführung der Schulungen sollte, gemäß dem oben geschilderten Organisationsmodell, bei der zentralen, koordinierenden Projektleitung verortet sein. Die Schulungen sollten von Fachpersonal durchgeführt werden, das profunde Erfahrungen mit der Durchführung digitaler Suchtberatung hat und sowohl die fachlichen Aspekte als auch die technischen Kenntnisse vermitteln kann. Zu spezifischen Themen wie dem Datenschutz kann ggf. externe Expertise hinzugezogen werden.

6.2.3 Fallmonitoring, Supervision und Zertifizierung

Um eine qualitativ-inhaltliche Bewertung der Beratungsarbeit zu ermöglichen wird, insbesondere im Rahmen der initialen Implementierung, ein systematisches Fallmonitoring vorgeschlagen. Hierbei werden ausgewählte Fälle bzw. Beratungseinheiten aller beteiligten Beratenden von in der digitalen Suchtberatung erfahrenen Fachkräften supervidiert. Das Fallmonitoring sollte zumindest während einer Modellphase durch die länderübergreifende Projektsteuerung vorgehalten bzw. koordiniert werden (vgl. Abschnitt 5.3). Die betreffenden Suchtberaterinnen und –berater erhalten von dem Monitoring-Team eine substanzielle Rückmeldung zu ihrer Beratung, sowie bei Bedarf Tipps und Anregungen für alternative Beratungsstrategien. Darüber hinaus sollte das Monitoring-Team den Beratenden auch für alle weiteren inhaltlichen Rückfragen zur Verfügung stehen.

Abbildung 9: Zertifizierungskriterien

Mögliche Zertifizierungskriterien:

- 12+ betreute Klient*innen
- 1-3 abgeschlossene Fallmonitorings
- Haltequote >25%
- Inhaltliche Qualität der Beratung

Um die Eignung neuer Beraterinnen und Berater zur digitalen Beratung dauerhaft festzustellen, empfiehlt sich die Einführung eines Zertifikats. Vorschläge für entsprechende Zertifizierungskriterien sind in Abbildung 9 dargestellt. Neben der inhaltlichen Qualität der Beratung kann im Kontext der

strukturierten Beratung auch die Haltequote[2] berücksichtigt werden. In dem ersten Jahr des Neueinstiegs einer Beraterin bzw. eines Beraters in die digitale Beratung (bzw. bis zur Zertifizierung), empfiehlt sich eine Supervision des ersten Falls sowie anschließend von etwa jedem vierten Fall.

Ab der Zertifizierung sollten die Beratenden etwa ein ausführliches Monitoring sowie eine kurze Rückmeldung pro Jahr erhalten. Diese Monitorings können sich ggf. aus Rückfragen der Beratenden ergeben. Darüber hinaus sollten parallel durchaus auch interne Super- oder Intervisionsprozesse der jeweiligen Beratungsstelle genutzt werden, um Fälle aus der digitalen Beratung zu besprechen. Diese interne Qualitätssicherung sollten insbesondere im Falle der Beratung im Blended Counseling Format gewährleistet werden, da der Beratungsprozess in diesem Fall nur teilweise digital nachvollzogen werden kann.

Es empfiehlt sich, das Fallmonitoring und die Supervision mit der Durchführung der oben beschriebenen Schulungen zu verknüpfen. In beiden Fällen sollte eine Expertise bzgl. der digitalen Beratung vorhanden sein. Überdies kann durch die personelle Kontinuität der Betreuung, von der Einführungsschulung bis hin zur Zertifizierung, ein für die Supervision notwendiges Vertrauensverhältnis gefördert werden.

Um auch bei einer starken Nachfrage der Beteiligung von Beraterinnen und Beratern an der digitalen Suchtberatung ausreichende Schulungs- und Supervisionskapazitäten zur Verfügung stellen zu können, wird mittelfristig die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in den jeweiligen Bundesländern empfohlen. D.h. perspektivisch sollten erfahrenen Beraterinnen und Berater der digitalen Suchtberatung sowohl die Schulungen als insbesondere auch Supervisionen durchführen. Ein entsprechendes Verfahren kann bereits im Rahmen der Implementierung erprobt werden (vgl. Abschnitt 9.1)

6.2.4 Fachlicher Austausch

Im Rahmen etwa einmal jährlich stattfindender Netzwerktreffen mit den beteiligten Beraterinnen und Beratern sollten, u. a. auf der Grundlage der Fallmonitorings und inhaltlicher sowie technischer Rückfragen, spezifische Probleme und Standards der digitalen Beratungsarbeit diskutiert werden. Dieses Verfahren würde einen signifikanten Beitrag zur Qualitätssicherung der Beratungsarbeit leisten und dient gleichzeitig der Standardisierung und Weiterentwicklung der digitalen Suchtberatung. In Abhängigkeit der Anzahl der in das Vorhaben eingebundenen Beratenden und Beratungsstellen, sind ein bundesweites Treffen, länderübergreifende regionale Treffen oder auch landesweite Treffen denkbar.

6.3 Evaluation und wissenschaftliche Begleitung

Im Rahmen der Evaluation und der wissenschaftlichen Begleitung gilt es, ein systematisches Monitoringsystem aufzubauen sowie die Wirksamkeit des Beratungsangebotes und ggf. auch dessen Implementierung zu untersuchen. Voraussetzung dafür sind eine kontinuierliche Datenerfassung, Auswertung und Berichtlegung. Die empfohlene Umsetzung wird im Folgenden skizziert.

[2] Die Haltequote bezeichnet den Anteil der Klientinnen und Klienten eines Beraters / einer Beraterin, der einen Beratungsprozessnach Ablauf der definierten Programmlaufzeit regulär beendet.

6.3.1 Datenquellen

Für die Evaluation sollten insbesondere die folgenden Datenquellen genutzt werden:

- Daten aus den **Registrierungs- bzw. Einstiegsprozessen** der Klientinnen und Klienten (soziodemographische Daten, Konsumverhalten bzw. Belastungserleben, bisherige Hilfen etc.)
- Daten aus dem **Verlauf der Beratung** (u. a. Anzahl Logins, Nutzung der diversen Beratungsangebote, Abbruch oder reguläre Beendigung der Beratung)
- Daten aus automatisierten, **regelhaften Nachbefragungen** der Klientinnen und Klienten. Die Nachbefragungen sollten etwa drei Monate nach Registrierung ausgelöst werden. Abgefragt werden u. a. Zufriedenheit mit der Beratung, die Weiterempfehlungsabsicht, die Inanspruchnahme (weiterer) professioneller Hilfen sowie (bei Nutzenden der strukturierten Beratungsprogramme) das aktuelle Konsumverhalten bzw. das Belastungserleben. Die Teilnahme an der Nachbefragung ist freiwillig. Die Einladung zur Nachbefragung kann über die bei der Registrierung erfragte Kontaktmöglichkeit erfolgen.

Im Rahmen der technischen Umsetzung müssen die datenschutzkonforme Datenerfassung und -speicherung sowie der Export der Daten für die Auswertung und Berichtlegung sichergestellt werden (vgl. Abschnitt 7).

6.3.2 Monatsreports

Um kontinuierlich Informationen über die Inanspruchnahme der digitalen Suchthilfe an alle Stakeholder vermitteln zu können, wird ein monatliches Reporting empfohlen. Für die beteiligten Beratungsstellen sind diese Monatsreports u. a. ein Indikator für ihren jeweiligen Anteil an der digitalen Suchtberatung. Die Landesstellen erhalten dadurch einen regelmäßigen Überblick über die aktuelle Inanspruchnahme des digitalen Beratungsangebotes auf Landesebene.

Für die Monatsreports werden vorrangig Daten aus dem Registrierungsprozess, der Einstiegsbefragung sowie dem Verlauf der Beratung genutzt. Darüber hinaus können formale Qualitätskriterien betrachtet werden, wie bspw. die Verfügbarkeit freier Beratungskapazitäten oder die Beantwortung von Anfragen innerhalb des definierten Zeitrahmens. Für den zurückliegenden Monat sollten u. a. berichtet werden:

- Dokumentierte Besuche auf der Plattform („Visits“)
- Neue Anmeldungen für das Beratungsangebot
- Formale Qualitätskriterien (bspw. bereitgestellte Beratungskapazitäten)
- Aufteilung der Klientinnen und Klienten auf die beteiligten Beratungsstellen
- Inanspruchnahme der Kommunikationsmittel (Chatgespräche, Anfragen per Mail-Beratung)
- Inanspruchnahme der strukturierten Beratung

6.3.3 Jahresberichte

In Ergänzung zu den Monatsreports dienen Jahresberichte einer tiefergehenden Betrachtung der Nutzung der digitalen Beratung, begleitender Maßnahmen sowie der Analyse von Indikatoren für die Wirksamkeit der Beratung. Hierfür können Daten aus den Nachbefragungen herangezogen werden, um bspw. einen Prä-/Postvergleich des Konsumverhaltens oder Veränderungen auf anderen zentralen

Wirksamkeitsindikatoren zu betrachten. Jahresberichte zur digitalen Suchtberatung sollten u. a. die folgenden Aspekte umfassen:

- Nutzung / Inanspruchnahme des Angebotes in der Jahresbetrachtung
- Hinweise auf die Wirksamkeit des Angebotes
- Bericht zu Maßnahmen der Qualitätssicherung (Schulungen, Supervisionen, Zertifizierungen)
- Bericht zu länderspezifischen / länderübergreifenden Kommunikationsmaßnahmen
- Hinweise auf Weiterentwicklungspotential/-bedarf

6.3.4 Wissenschaftliche Begleitung

Mittelfristig ist eine weitergehende wissenschaftliche Begleitung der digitalen Suchtberatung zu empfehlen. Die wissenschaftliche Begleitung ergänzt und erweitert die durch die begleitende Evaluation gewonnenen Erkenntnisse (*Wirksamkeitsforschung*) und könnte einen distanzierteren Blick auf die Implementierung der digitalen Suchtberatung werfen (*Implementationsforschung*).

Neben der Aufbereitung und Publikation der Evaluationsergebnisse in Fachzeitschriften können spezifische Fragestellungen im Rahmen fundierter Studien weitergehend untersucht werden. So kann im Rahmen randomisiert-kontrollierter Studien (RCT) die Wirksamkeit der digitalen Beratung unter kontrollierten Bedingungen untersucht werden, um Hinweise auf eine kausale Wirkung der Beratung auf den betrachteten Problembereich zu ermitteln. Weitergehend könnten einzelne Wirkfaktoren betrachtet werden. Auch qualitativen Fragen zur fachlichen Umsetzung digitaler Beratung oder zur Kosten-/Ressourceneffizienz könnte im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung nachgegangen werden.

Im Rahmen der Implementierung der digitalen Suchtberatung wäre die systematische Ermittlung von hemmenden und fördernden Faktoren bei der Verbreitung des Angebotes denkbar. Dabei könnten verschiedene Faktoren (bspw. Größe der Beratungsstelle / Anzahl der Personalstellen; Umgebungsfaktoren) systematisch variiert werden, um die Umsetzbarkeit unter verschiedenen Bedingungen zu erproben.

7 Technische Umsetzung

7.1 Anforderungen an die technische Infrastruktur

Im Folgenden sind die technischen Anforderungen beschrieben, die bei der Umsetzung der hier beschriebenen digitalen Suchtberatungsplattform erfüllt werden müssten. Diese Angaben dienen der Einordnung der Aufwände für die technische Bereitstellung der Plattform. Die Gewährleistung der Datensicherheit ist grundsätzlich bei allen beschriebenen Aspekten zu berücksichtigen. Das gesamte Angebot soll seitens der Ratsuchenden auf eine mobile Nutzung ausgelegt sein (Nutzung auf Smartphones, Tablets), muss jedoch auch eine voll funktionsfähige Desktopnutzung ermöglichen.

Anforderung	Details
Registrierung / Klientenzuweisung	Bei der Anmeldung von Klient*innen[3] werden diese einer Beratungsstelle zugeordnet. Dies erfolgt über die Abfrage einer Postleitzahl sowie ggf. eines Themenbereichs/Fachbezugs, die Abfrage eines spezifischen, seitens der Beratenden zu generierenden Anmeldecodes, oder die Nutzung eines spezifischen Links in dem diese Zuordnung enthalten ist. Für die Anmeldung ist die Validierung einer Kontaktmöglichkeit (E-Mail, SMS) notwendig. Für Klient*innen, die neben einer E-Mail-Adresse auch eine Handynummer angeben, sollte optional eine Zwei-Faktor-Authentisierung (2-FA) bspw. via SMS ermöglicht werden.
Datenerfassung für Registrierung / Einstiegsbefragung	Bei der initialen Registrierung müssen Stammdaten des Users erfasst werden, u. a. - Alter, Geschlecht - Postleitzahl - E-Mail-Adresse - Username - Handynummer (freiwillig) - Problembereich - Eigener Status (Betroffene Person/Bezugsperson) Im Zuge des Einstiegs in die strukturierte Beratung sollen in einem zweiten Schritt weitere Fragebögen (bspw. zum Konsumverhalten) zum Einsatz kommen. Diese werden in Abhängigkeit der bei der Registrierung erhobenen Daten dazugeschaltet. Alle Fragebögen sollen für Administratoren editierbar sein, d.h. Fragebögen und Fragen sollten über ein geeignetes Content Management System (CMS) angelegt und bei Bedarf editiert oder gelöscht werden können.
Klient*innen-management	Beratungsstellen erhalten eine Übersicht über die bei Ihnen angemeldeten Klient*innen. Diese Übersicht bietet u. a. Zugriff auf - Klient*innenakten (bspw. Daten von der Anmeldung) - Änderung zuständige Berater*in - Kontaktaufnahme / Kommunikation - Terminvergabe /-zuweisung - Freigabe von Inhalten / Tools - Zugriff auf diese Inhalte / Tools - (temporäre) Zuweisung von Klient*innen zu anderen Berater*innen / anderen Beratungsstellen - Ggf. den sicheren Austausch von Dokumenten Zugriff auf Klient*innen-Daten hat ausschließlich die jeweils (aktuell) zuständige Beratungsstelle.
Terminmanagement	Berater*innen können - Termine für (Video)-Chat-Gespräche einstellen - Termine für eine Beratung vor Ort einstellen - Ggf. Termine für eine telefonische Beratung einstellen

[3] Abweichend vom Rest des Konzeptes wird hier, im Sinne einer pragmatischen Kürze des Textes, auf eine Schreibweise mit Gender-/Binnen-Sternchen zurückgegriffen

	- Automatische Terminerinnerungen via SMS oder E-Mail (und zukünftig evtl. weitere Wege) (de-)aktivieren - Reservierte Termine bei Bedarf absagen oder einem anderen Berater zuordnen (die Klient*innen werden darüber benachrichtigt) Angemeldete Klient*innen haben Zugriff auf diesen Terminkalender und können, je nach definierten Restriktionen, einen oder mehrere Termine pro Kategorie reservieren. Spezifische Termine können durch Berater*innen den Klient*innen auch direkt zugewiesen werden. Termine werden je Beratungsstelle koordiniert und sind für alle Berater*innen einer Beratungsstelle sichtbar.
Kommunikation	Der datensichere Austausch zwischen Klient*innen und Berater*innen soll möglich sein über - Asynchrone Kommunikation via Nachrichten - Synchrone Kommunikation via Text-Chat - Synchrone Kommunikation via Videosprechtunde (ggf. „Audio-Chat“ bei Abschalten des Bildes) - Gruppen(video)chats - das Hochladen / den Austausch von Dokumenten (bspw. PDF, Word) Systemseitig sollen (automatisierte) Nachrichten (bspw. Terminerinnerungen, Anmeldebestätigungen etc.) per E-Mail/SMS an die User verschickt werden können. Diese Schnittstelle soll für die Nutzung weiterer Kommunikationswege (Messenger-APIs) vorbereitet werden. Nutzer sollen auswählen können, auf welchem Weg sie Benachrichtigungen erhalten wollen.
Dokumentation / Datenexport	Zum Zwecke der Qualitätssicherung und Evaluation müssen zentrale Daten exportiert werden können, u. a. Informationen über - Anzahl der (neu) angemeldeten User - Anonymisierte Stammdaten (Anmeldedaten) sowie ggf. weitere Fragebogendaten der User - Durchgeführte Beratungen (bspw. wahrgenommene Chat-Termine, Anzahl erhaltene Nachrichten etc.) - Genutzte Tools / Inhalte Zusätzlich soll eine Anbindung an (oder ein kompatibler Export für) vorhandene Software zur Patientendokumentation vorbereitet werden[4]. D.h. eine spätere Implementierung einer oder mehrerer der genannten Schnittstellen soll zu einem späteren Zeitpunkt einfach möglich sein.
Tools / Übungen	Den Klient*innen werden zusätzliche digitale Tools zur Verfügung gestellt, bspw. - Die Dokumentation von Ausgangssituation und Zieldefinition - Tagebuch zur Verhaltens- oder Stimmungsdokumentation

[4] Bspw. Tau-Office, moonlight, patfak; Schnittstellenbeschreibung siehe: https://www.suchthilfestatistik.de/kds/dokumentationssoftware/

	- Pro-/Kontra-Liste hinsichtlich der Verhaltensänderung (Motivationswaage) - Verbesserung der Lebensqualität (Auswahl/Planung pos. Aktivitäten) - Individueller „Notfallkoffer“ mit Anlaufstellen, Ansprechpersonen, Zielen, Motivation - Ggf. weitere interaktiv vermittelte Informationen (vglb. eLearning) Die Tools werden von den Berater*innen individuell freigeschaltet und im Rahmen der Beratung begleitet. Über die Administrationsoberfläche sollen die Tools verwaltet (erstellt/editiert) werden können. Texte und spezifische Eigenschaften der Tools sollen dabei konfigurierbar sein. Die o.g. Tools sollten daher möglichst als Templates implementiert werden, aus denen unterschiedliche Ausprägungen von Tools kreiert werden können.
Webseite (Front-end)	Die o.g. Funktionalitäten für Klient*innen sollen über eine responsive Webseite zur Verfügung gestellt werden. Auf dieser Webseite sind weitere Inhalte zu integrieren, die auch für nicht registrierte / angemeldete User nutzbar sind. Diese Inhalte sollen über ein CMS redaktionell betreut werden können.
Selbsttests	Auf der o.g. Webseite sollen zunächst bis zu vier Selbsttests integriert werden. Im Rahmen der Selbsttests werden Daten erhoben, die dann je nach Eingaben eine spezifische Rückmeldung für den User generieren. Um Selbsttest für weitere Zielgruppen ergänzen zu können, sollten die Selbsttests– wie auch die Eingangsfragebögen – für Administratoren editierbar sein, d.h. Fragebögen und Fragen sollen über ein geeignetes Content Management System (CMS) angelegt und bei Bedarf editiert oder gelöscht werden können. Die Angaben aus den Selbsttests sollen bei Bedarf automatisch in den Registrierungsprozess bzw. in die Eingangsbefragung übernommen werden können.
Back-end für Berater*innen + Administration	Für die o.g. Funktionalitäten für Berater*innen (insb. Klientenmanagement, Terminmanagement, Kommunikation) muss ein möglichst intuitiv zu bedienendes Back-end zur Verfügung gestellt werden. Zudem muss das Back-end für die Administration genutzt werden können, insb. für das Anlegen neuer Beratungsstellen/Berater*innen-Accounts, Datenexport, Einblick in Beratungsverläufe für Fall-Supervision, ggf. Überarbeitungen der Übungsinhalte (s.o. Weiterentwicklung). Zentrale Anmelde- und Nutzungsdaten sollen für die Projektsteuerung und Berichtlegung, ergänzend zum o.g. Daten-Export, in aggregierter Form in einem Dashboard im Back-end zur Verfügung gestellt werden. Die dargestellten Daten sollen dabei u. a. gefiltert werden können nach Zeitraum der Anmeldung, Bundesland und zugewiesener Beratungsstelle. Die Administration erhält Zugriff auf die gesamten

	Daten. Beratende können im Dashboard ausschließlich Nutzungsdaten ihrer eigenen Beratungsstelle darstellen.
Datenschutz	Es muss seitens des IT-Dienstleisters dargelegt werden, wie der Datenschutz technisch und ggf. organisatorisch sichergestellt wird. Bspw. durch - Verschlüsselten Datenverkehr - Passwortrichtlinien - Zwei-Faktor-Authentisierung für Berater*innen - Spezifische Rechtevergaben - Automatisierte Löschroutinen Es gilt das Prinzip „Privacy by default“ in allen Phasen der Entwicklung zu berücksichtigen.

Weitere Aspekte, die bei der technischen Umsetzung berücksichtigt werden sollten:

- Die Nutzung frei verfügbarer Software sollte geprüft werden[5] – ggf. sollte dargelegt werden, warum bestehende Lösungen nicht nutzbar/praktikabel sind.
- Die Umsetzung als Open-Source-Lösung sollte in Erwägung gezogen werden („Public Money, Public Code“).
- Die Entwicklung und Implementierung sollte sich möglichst an den Anforderungen der nutzerzentrierten Gestaltung (User-centered design) orientieren. Zu den zentralen Nutzergruppen gehören sowohl Klient*innen als auch Berater*innen.
- Die Software sollte aktuellen Sicherheitsanforderungen entsprechen, mind. OWASP Top 10 Liste.[6]
- Die technische Infrastruktur soll auf eine kontinuierliche Weiterentwicklung (bspw. Ergänzung/Erprobung neuer Module, Implementierung neuer Funktionalitäten, Erweiterung auf weitere Zielgruppen/Leistungsanbieter) ausgelegt sein. Die Erprobung neuer Funktionalitäten sollte möglich sein.
- Vor diesem Hintergrund sollte möglichst eine (spätere) Kompatibilität mit der Telematikinfrastruktur sichergestellt werden.[7] Die Berücksichtigung weiterer ggf. relevanter Normen, Standards und Schnittstellen (bspw. ISO/IEC 25010:2011; Vesta Standards der GEMATIK) sollte geprüft werden.
- Im Rahmen der technischen Umsetzung ist zu prüfen, ob die Plattform oder Teile davon als Medizinprodukt im Sinne des Medizinproduktegesetzes (MPG) sowie des Medizinprodukterecht-Durchführungsgesetzes (MPDG) zertifiziert werden müssen.
- Die Plattform muss mittelfristig für eine drei- bis vierstellige Zahl an Beratungsstellen sowie für eine vier- bis fünfstellige Zahl an Berater*innen nutzbar sein.
- Die Nutzung personalisierter Inhalte (Tools / Übungen) sollte perspektivisch ggf. auch ohne persönliche Beratung (automatisiert) möglich sein. Entsprechend sollte u. a. die Möglichkeit vorgehalten werden, Übungen/Tools aufgrund bestimmter Ereignisse (Datum, Nutzerverhalten im Programm etc.) automatisiert freizuschalten oder zu beenden.
- Die ökologische Nachhaltigkeit (Ressourceneffizienz) sollte bei Entwicklung und insbesondere bei dem Betrieb der Plattform berücksichtigt werden[8]

[5] bspw. Beratungssoftware der Caritas, siehe https://caritasdeutschland.github.io/documentation/
[6] Siehe: www.owasp.org
[7] Siehe: https://www.gematik.de/telematikinfrastruktur/
[8] vgl.: https://www.umweltbundesamt.de/publikationen/gruene-software

- Bei der Umsetzung muss eine genderneutrale Sprache verwendet werden (insb. Vermeidung des „generischen Maskulinums“).
- Die Plattform soll in unterschiedlichen Sprachen genutzt werden können. Alle Texte sollten über die Administrationsoberfläche editierbar sein um eine Übersetzung möglichst einfach realisieren zu können. Neue Sprachen sollen einfach hinzugefügt werden können.
- Die Plattform sollte, soweit wie technisch möglich und sinnvoll, den Anforderungen der Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung (BITV 2.0) entsprechen.

7.2 Wartung und Weiterentwicklung

Neben der initialen Programmierung der Plattform sowie einer eingehenden Testung und erfahrungsgemäß notwendigen Ausbesserungen in einer frühen Implementierungsphase ist eine kontinuierliche Wartung und Pflege der Plattform zwingend notwendig. Einerseits sollten auftretende technische Probleme möglich umgehend behoben sowie Anregungen aufgrund praktischer Erfahrungen möglichst zeitnah implementiert werden. Darüber hinaus gilt es, die technische Sicherheit der Plattform bspw. durch regelmäßige Updates eingesetzter Softwarekomponenten sicherzustellen. Nicht zuletzt sollte das Weiterentwicklungspotential der Plattform systematisch genutzt werden (vgl. Abschnitt 11).

7.3 Beispielhafte Illustration des Angebots

Eine mögliche Ausgestaltung des digitalen Beratungsangebotes ist in den Abbildungen auf den folgenden Seiten beispielhaft dargestellt. Dabei handelt es sich lediglich um exemplarische Entwürfe, die keine Verbindlichkeit hinsichtlich der genutzten Farbgebung, eingesetzten Texte, Bildsprache, Logos etc. besitzen.

Abbildung 10: Beispielhafte Illustration der Webseite der digitalen Suchtberatung

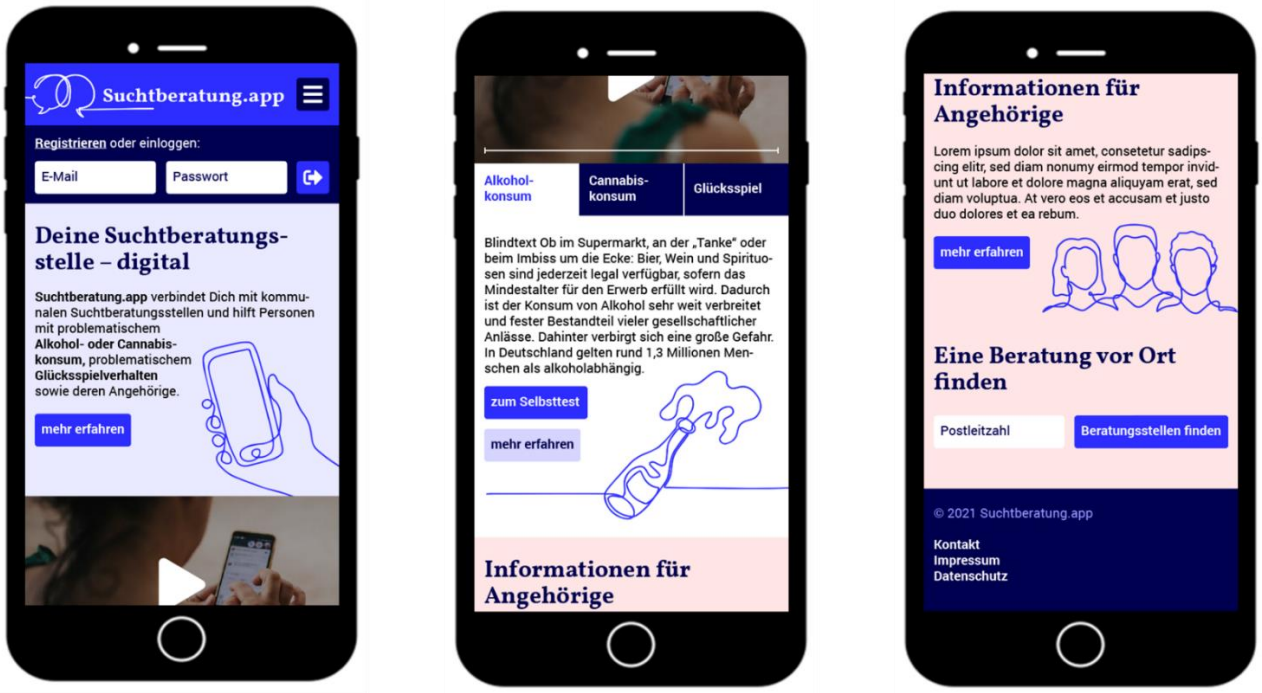


Abbildung 11: Oberfläche des Beratungsangebotes (Beispiel: Registrierter Nutzer ohne Beratungsprogramm)

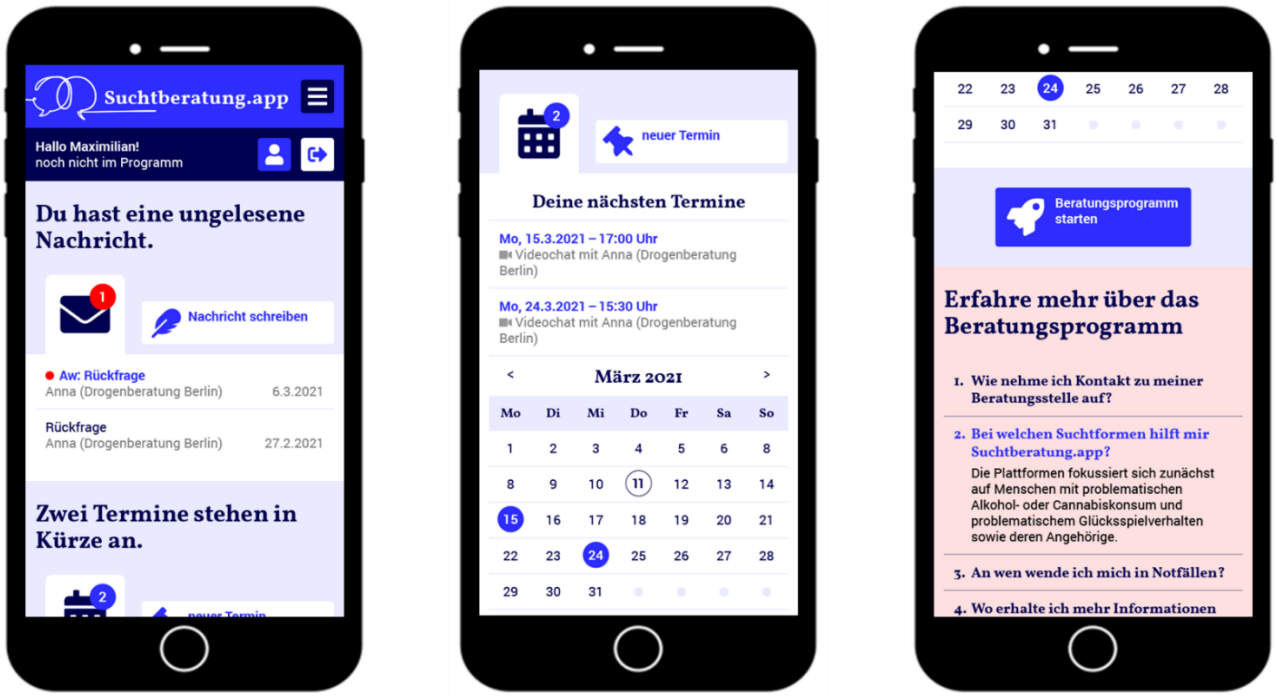


Abbildung 12: Kommunikation über die digitale Suchtberatung (Nachricht, Chat, Videosprechstunde)

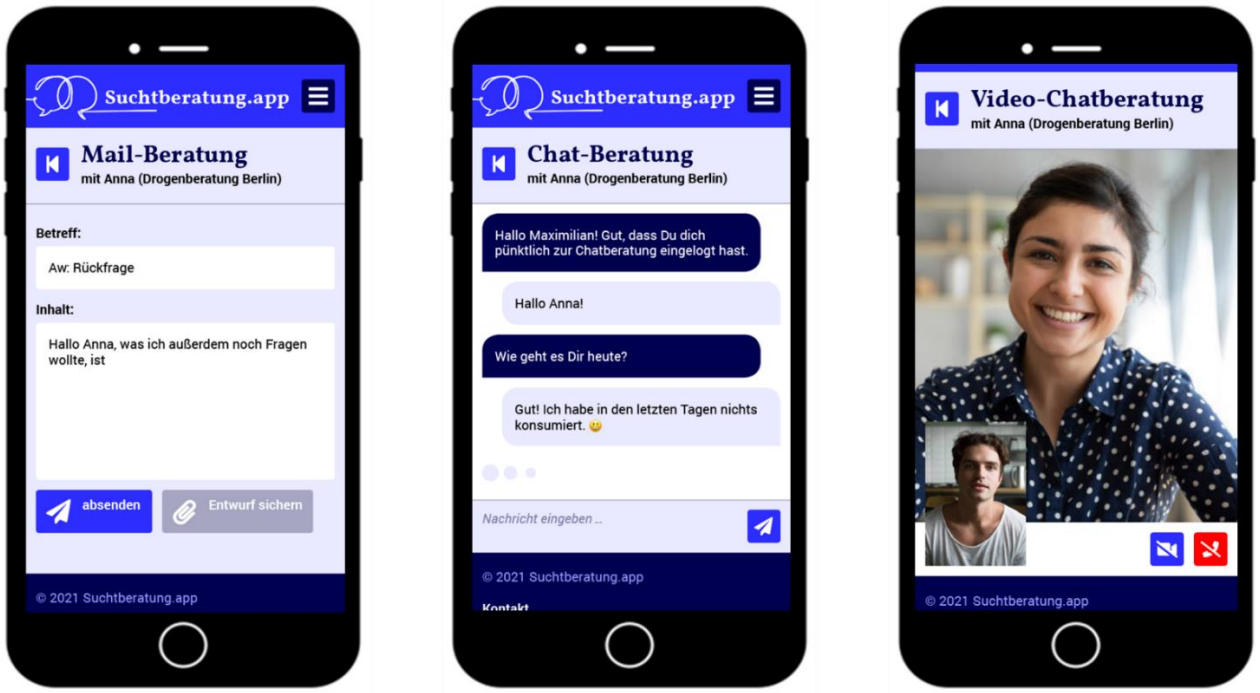


Abbildung 13: Eingeloggter User im Beratungsprogramm (Beispiele für Startseite und Tagebuch)

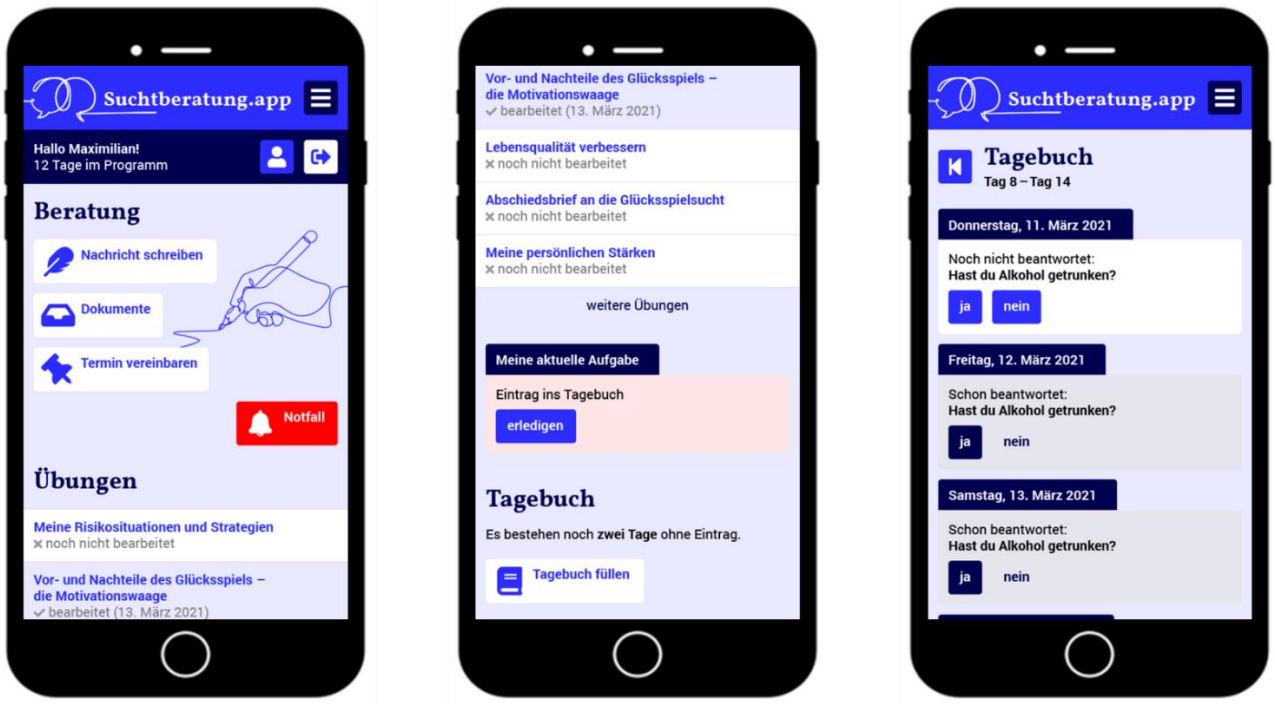


Abbildung 14: Beispielhafte Darstellung des Back-end für Beratende (Klientenmanagement)

8 Datenschutz und Datensicherheit

8.1 Allgemeine Hinweise

Für eine erfolgreiche Umsetzung der digitalen Suchtberatung ist ein hohes Maß an datenschutzrechtlichen und datensicherheitstechnischen Anforderungen erforderlich. Diese Anforderungen sind bereits bei der Entwicklung des Beratungsangebots zu berücksichtigen. Die Anforderungen an den Datenschutz lassen sich am besten einhalten, wenn sie bereits bei Erarbeitung eines Datenverarbeitungsvorgangs technisch integriert sind (Privacy by Design). Durch datenschutzfreundliche Voreinstellungen sollte zudem eine hohe Akzeptanz bei den Klientinnen und Klienten erreicht werden (Privacy by Default). Im Hinblick auf die avisierten Nutzerinnen und Nutzer ist davon auszugehen, dass ein relevanter Anteil weniger technikaffin ist und dadurch z. B. nicht geneigt ist, die datenschutzrechtlichen Einstellungen ihren Wünschen entsprechend anzupassen.

Für sämtliche technischen und organisatorischen Prozesse, für die eine Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung personenbezogener Daten erforderlich ist, muss eine zielgruppenspezifische und dem Kontext der Klientinnen und Klienten entsprechende Formulierung gewählt werden. Die Informationen und Hinweise zum Datenschutz müssen ausführlich, leicht verständlich und transparent sein. Zum einen, um eine wirksame Einwilligung für die Verarbeitung personenbezogener Daten sicherzustellen, zum anderen, um den Klientinnen und Klienten Vertrauen in die Nutzung des Angebots zu vermitteln. Es ist zu beachten, dass im Rahmen des Beratungsangebotes besonders sensible personenbezogene Daten im Sinne des Art. 9 Abs. DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) erhoben und verarbeitet werden. Hier sind insbesondere bei der Verarbeitung der Daten die Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit der Verarbeitung zu prüfen sowie die technischen und organisatorischen Voraussetzungen in den Beratungsstellen im Umgang mit sensiblen Daten zu berücksichtigen, um den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Klienten zu gewährleisten. Das betrifft das Speichern, Verarbeiten, Löschen und die Weiterleitung dieser Daten sowie die besondere Sensibilisierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im täglichen Umgang damit.

8.2 Technische Hinweise

Eine cloudbasierte Umsetzung des Beratungsangebots erfordert im Hinblick auf das Hosting und die technische Umsetzung eine fundierte Auswahl von Cloudanbietern, die mindestens über einen Datensicherheitsstandard gem. ISO 27001 verfügen. Der Server soll in Europa stehen, damit die DSGVO Anwendung findet. In der Software ist es erforderlich, entsprechende Berechtigungskonzepte für unterschiedliche Rollen zu implementieren, damit ein eingeschränkter Zugang und Zutritt zu personenbezogenen Daten ermöglicht wird. Ein entsprechendes Rollenkonzept (Administrator, Projektleiter, Berater etc.) ist mit Blick auf die beschriebenen Funktionalitäten der Software (z. B. Datenexport, Klientenakten oder Statistiken/Auswertungen) zwingend erforderlich. Sofern technisch erforderlich, sollten hohe Standards gewährleistet werden, um besonders sensible Daten zu anonymisieren.

Für die Nutzerinnen und Nutzer sollte es die Möglichkeit geben, sich mittels einer Zwei-Faktor-Authentifizierung zu registrieren. Das kann in Form einer E-Mail oder bei Angabe der Handynummer auch über ein SMS-TAN Verfahren laufen. Die Nutzerin bzw. der Nutzer sollte bei der Auswahl eines individuellen Passworts visuell unterstützt werden, sodass die Passwortauswahl den Anforderungen eines sicheren Passworts entspricht.

Die Nutzung von Cookies sollte insbesondere bei registrierten Nutzerinnen und Nutzern auf das erforderliche Maß beschränkt werden. Zudem sollte technisch sichergestellt werden, dass Videosprechstunden nicht vom Endgerät der Nutzerinnen und Nutzer aufgezeichnet und gespeichert werden können.

8.3 Organisatorische Hinweise

Es ist darauf zu achten, dass eine umfassende Sensibilisierung und Schulung aller beteiligten Beratenden zum Thema Datenschutz erfolgt.

Die Beratungsstellen müssen sicherstellen, dass ihre organisatorischen Prozesse insbesondere die Anforderungen gem. Art. 32 DSGVO (u. a. Vertraulichkeit, Integrität, Verfügbarkeit und Belastbarkeit der Systeme und Dienste im Zusammenhang mit der Verarbeitung der personenbezogenen Daten) auf Dauer gewährleisten können. Empfehlenswert wäre deshalb, dass jede Beratungsstelle im Rahmen der Zertifizierung ein Datenschutzkonzept vorweisen muss bzw. sich zur Einhaltung einheitlicher Datenschutzstandards bereit erklärt (Datenschutz-Kodex). Eine regelmäßige Überprüfung der Beratungsstellen hinsichtlich ihrer organisatorischen Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes ist zu empfehlen.

Sofern mehrere Klientinnen und Klienten in Gruppenarbeiten digital zusammenkommen, sind sie explizit über die datenschutzrechtlichen Folgen aufzuklären und dafür zu sensibilisieren.

Zusätzlich zu den hier angemerkten Hinweisen gelten die datenschutzrechtlichen Hinweise und Umsetzungsrichtlinien der DSGVO. Für die Umsetzung und die Koordinierung der notwendigen datenschutzrechtlichen Beratung wird eine zentrale Stelle empfohlen.

9 Implementierung

Mittelfristiges Ziel ist es, die Plattform zur trägerübergreifenden digitalen Suchtberatung als feste Infrastruktur zu etablieren, die von allen Suchtberatungsstellen Deutschlands genutzt werden kann. Vor diesem Hintergrund sollten möglichst im Vorfeld Fragen zur Trägerschaft und zur nachhaltigen Finanzierung geklärt werden. Auch gilt es zu skizzieren, wie der Prozess der Implementierung organisiert werden könnte.

9.1 Implementierung als Modellvorhaben

Es wird vorgeschlagen, die Plattform zur digitale Suchtberatung im Rahmen eines Modellprojekts zu implementieren. Der hier beschriebene Ablauf basiert auf Erfahrungen mit der Implementierung anderer digitaler Beratungsangebote und beschreibt eine mögliche Vorgehensweise.

In einem ersten Arbeitsschritt gilt es, die Detailkonzeption zur technischen Umsetzung/Programmierung auszuarbeiten. Dies erfordert, neben Fachpersonal für die weiteren inhaltlichen Ausarbeitungen und die Projektkoordination, die Einbindung von Fachkräften aus dem Bereich IT/Programmierung, Webdesign sowie von Professionellen der Suchtberatung. Es empfiehlt sich, auch die Landesstellen sowie ggf. weitere zentrale Stakeholder der Suchthilfe möglichst eng in die Projektentwicklung einzubinden. Neben weiteren konzeptionellen/inhaltlichen Arbeiten (Ausarbeitung von Programmoberfläche, Tagebüchern, Übungen/digitale Tools, Selbsttests), gilt es in einer ersten Phase des Modellprojektes die Details der technischen Umsetzung und der Gestaltung zu klären.

Für die inhaltlichen Arbeiten sowie die technische Umsetzung bzw. Programmierung müssen ca. neun bis zwölf Monate kalkuliert werden. In einer ersten Phase der Umsetzung sollten aus jedem Bundesland 2-3 Beratungsstellen mit jeweils zwei Beratenden in das Modellprojekt einbezogen werden. Hierbei gilt es, regionale, fachliche und trägerbezogene Kriterien zu berücksichtigen. Nach der technischen Fertigstellung muss das System getestet und die Beraterinnen und Berater müssen in der Anwendung geschult werden. Angesichts der zu erwartenden Zahl der teilnehmenden Beraterinnen und Berater (ca. 70-90 Beratende aus etwa 35-40 Beratungsstellen) wird vorgeschlagen, mehrere dezentrale Schulungen mit etwa 15-20 Beratenden durchzuführen. Der abschließende Start des digitalen Beratungsangebots sollte bundesweit durch abgestimmte Kommunikationsmaßnahmen flankiert werden.

Der exemplarische Ablauf eines Modellprojektes zur Implementierung ist in Abbildung 15 dargestellt. In einer ersten Modellphase (DigiSucht I) erfolgt die Erprobung der digitalen Suchtberatung. Dabei werden organisatorische sowie technische Probleme der Umsetzung analysiert und behoben und ggf. Veränderungen in der Software oder im Schulungskonzept vorgenommen. In einem zweiten und dritten Schritt (DigiSucht II und III) werden jeweils Beschäftigte von weiteren 35-40 Beratungsstellen geschult und in das Netzwerk der trägerübergreifenden digitalen Suchtberatung eingebunden. Zum Ende des Modellprojekts können somit insgesamt mehr als 100 Beratungsstellen die digitale Infrastruktur nutzen. Auf eine hohe Nachfrage seitens der Beratungsstellen kann ggf. mit einer Erhöhung der Schulungs- und Betreuungskapazitäten sowie einer Verdichtung der Schulungstermine reagiert werden. Um den Einstieg neuer Beratungsstellen bzw. Beratender in die digitale Suchtberatung nachhaltig zu gestalten, sollte im Laufe des Modellprojektes zudem die Schulung und Zertifizierung auch durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erprobt werden (vgl. u. a. Abschnitt 6.2.3).

Abbildung 15: Exemplarischer Ablauf der Implementierung

	Halbjahr I	Halbjahr II	Halbjahr III	Halbjahr IV	Halbjahr V	Halbjahr VI
Detailkonzept Programmierung						
Technische Umsetzung / Design						
Testung des Systems						
Schulungen I						
Öffentlichkeitsarbeit						
Umsetzung DigiSucht I						
Schulungen II						
Umsetzung DigiSucht II						
Schulungen III						
Umsetzung DigiSucht III						

9.2 Trägerschaft

Für die Implementierung der Digitalen Suchtberatung werden langfristig tragfähige organisatorische Strukturen benötigt. Die Identifikation eines entsprechenden Trägers, der gemäß dem Vorhaben die trägerübergreifende sowie länderübergreifende Koordinierung übernehmen kann, war somit ein wichtiger Bestandteil der Konzeptionierungsphase. Die Diskussion der Trägerschaft wurde unter Einbezug der Landesstellen, Landesministerien sowie Vertreterinnen und Vertretern der Beratungsstellen geführt. Dabei wurden die Herausforderungen der Auswahl eines geeigneten Trägers deutlich.

Nach den Diskussionen, die zwischen August und November 2020 in den DigiSucht-Workshops geführt wurden, scheinen insbesondere zwei Lösungen für eine Trägerschaft der digitalen Suchtberatungsplattform denkbar:

Die ***Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*** gehört zum Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit und verfolgt als Behörde in dessen Geschäftsbereich die Ziele der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserhaltung. Zu den Aufgaben der BZgA gehören die Entwicklung und Umsetzung nationaler Aktionspläne und Programme der Prävention und Gesundheitsförderung sowie die Erfüllung gesetzlicher Aufgaben wie bspw. die Sexualaufklärung, aber auch die Suchtprävention im Bereich der legalen und illegalen Drogen sowie der Verhaltenssüchte. Die BZgA hat in den vergangen 20 Jahren eine reichhaltige Erfahrung im Einsatz digitaler Medien in der Prävention sammeln können. Auch konnten im Rahmen einzelner Maßnahmen unterschiedliche digitale Beratungsformate umgesetzt werden (z. B. bei problematischem Glücksspiel). Dies sollte als ein erheblicher Vorteil bei der Entscheidung hinsichtlich der Trägerschaft der digitalen Suchtberatung berücksichtigt werden.

Die ***Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)*** ist die zentrale Dachorganisation der deutschen Suchthilfe und Sucht-Selbsthilfe. Unter ihrem Dach sind ein Großteil aller Träger der ambulanten Suchtberatung und -behandlung, der stationären Versorgung Suchtkranker und der Sucht-Selbsthilfe vertreten. Die DHS greift aktuelle Probleme von Sucht und der Suchthilfe auf, erarbeitet Analysen und Stellungnahmen und setzt Impulse für Weiterentwicklungen und Standards in der Suchthilfe.

Die an der Erarbeitung der vorliegenden Detailkonzeption beteiligten Landesstellen für Suchtfragen, Suchthilfeträger sowie Beratende favorisieren überwiegend eine Trägerschaft der DHS. In vielen Bundesländern übernehmen die Landesstellen für Suchtfragen eine wichtige landesbezogene koordinierende Funktion für die Suchtberatung (Fachtagungen, Fortbildungen, etc.) und Landesstellen wie Suchtberatungsstellen sehen fachlich deutlich mehr Gemeinsamkeiten mit den Aufgaben und Aktivitäten der DHS als mit der BZgA. Gleichzeitig sehen die involvierten Stakeholder die Umsetzung einer trägerübergreifenden digitalen Suchtberatung für die DHS aber auch als eine enorme organisatorische, strukturelle und personelle Herausforderung an.

9.3 Digitale Suchtberatung im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes

Zum Ende der Projektlaufzeit wurde bekannt, dass im Rahmen des Onlinezugangsgesetzes (OZG), neben mehr als 500 anderen Verwaltungsleistungen, explizit auch die Suchtberatung digitalisiert werden soll. Für die initiale Entwicklung sowie die nachhaltige Umsetzung ist das Bundesland Nordrhein-Westfalen (NRW), hier das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS)

verantwortlich. Die finanziellen Mittel für Entwicklung, Implementierung und Betrieb werden im Rahmen des OZG seitens des Bundes zur Verfügung gestellt.

Das MAGS wird bei der Digitalisierung der Suchtberatung von der Unternehmensberatung McKinsey unterstützt. Im Rahmen eines durch das BMG initiierten Austauschs von DigiSucht, MAGS, McKinsey, BMG sowie Stakeholdern der Suchthilfe wurde für die Zukunft eine weitergehende enge Zusammenarbeit vereinbart. Die hier vorliegende Konzeption soll dem MAGS dabei als Vorlage für die weiteren Ausarbeitungen zur digitalen Suchtberatung im Rahmen des OZG-Vorhabens dienen. Erste Erkenntnisse aus dem DigiSucht Projekt zu Inhalten und Struktur einer digitalen Suchtberatung wurden MAGS/McKinsey bereits vor Finalisierung des Konzeptes zur Verfügung gestellt.

Seites der im DigiSucht Projekt involvierten Landesstellen, der Landesstelle Sucht NRW sowie der DHS wurde diese neue Perspektive für die Umsetzung einer trägerübergreifenden, digitalen Suchtberatung begrüßt. Die Umsetzung des vorliegenden Konzeptes in diesem Rahmen wird ausdrücklich befürwortet. Darüber hinaus wurde vereinbart, dass die fachliche Expertise der Suchthilfe auch in der weiteren Umsetzung des OZG-Vorhabens angemessen berücksichtigt wird. Um diesen Austausch sicherzustellen, wurde im Dezember 2020 eine weitergehende Zusammenarbeit der DigiSucht Arbeitsgruppe, der Landesstelle Sucht NRW sowie der DHS mit dem MAGS und McKinsey vereinbart.

9.4 Implementierung auf Landesebene

9.4.1 Auswahl der beteiligten Beratungsstellen

Wir empfehlen, die Verantwortung für die Koordination auf Landesebene sowie die Auswahl der Beratungsstellen, die sich (insbesondere im Rahmen eines Modellversuchs) an der digitalen Suchtberatung beteiligen, bei den Landesstellen für Suchtfragen zu verorten (vgl. Abschnitt 5.2). Hinsichtlich der Festlegung der Anzahl der beteiligten Beratungsstellen sowie der jeweiligen personellen Ressourcen für die digitale Suchtberatung erscheint ein landesspezifisches Vorgehen sinnvoll. So können die jeweiligen Gegebenheiten angemessen berücksichtigt werden (bspw. unterschiedliche Trägerlandschaften und Finanzierungsmodelle; bestimmte Modellregionen, in denen das Thema Digitalisierung vorangetrieben werden soll etc.). Für die Umsetzung eines Modellprojekts wird aus Gründen der Praktikabilität und anzunehmender Kapazitätsgrenzen (u. a. hinsichtlich der anfänglichen Schulungs- und Betreuungskapazitäten) empfohlen, die Anzahl der Beratungsstellen auf etwa 2-3 Beratungsstellen pro Bundesland zu begrenzen (siehe Abschnitt 9.1).

Für die Umsetzung der digitalen Suchtberatung sollten Beratungsstellen gewisse Teilnahmekriterien erfüllen. Dazu zählen insbesondere:

- Technische Voraussetzungen: Hardware, ausreichend schnelle Internetanbindung, technische Kompetenzen, etc.
- Personelle Ressourcen: mind. zwei qualifizierte Suchtberaterinnen/-berater (u. a. für Vertretung bei Urlaub und Krankheit, fachlichen Austausch; vgl. Abschnitt 6.2.1 zur Qualifikation der Beratenden); Vorhalten von Beratungskapazitäten für ein bedarfsgerechtes und zeitnahes Terminmanagement
- Teilnahmebereitschaft hinsichtlich begleitender Maßnahmen (Schulung, Arbeitstreffen, Maßnahmen der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung etc.)

Darüber hinaus können für die Auswahl von Beratungsstellen für den Modellversuch die folgenden Aspekte berücksichtigt werden:

- Hohe Eigenmotivation zur Teilnahme
- Finanzierungsmöglichkeiten für personelle Ressourcen
- Lage/Verortung im Bundesland
- Vorhandene Bedarfe (bspw. für neues/ergänzendes Angebot)
- Einbeziehung verschiedener Verbände / Suchthilfeträger
- Erfahrungen mit Onlineberatung

Sollte die Nachfrage unter den Beratungsstellen größer sein als die oben skizzierten (initialen) Projektkapazitäten, können transparente (ggf. länderspezifische) Teilnahmekriterien mit festzulegender Gewichtung kommuniziert werden, anhand derer die Auswahl der Beratungsstellen durchgeführt wird. Überdies könnte auch durch die Erhöhung von Schulungs- und Betreuungskapazitäten auf eine starke Nachfrage reagiert werden.

9.4.2 Berücksichtigung länderspezifischer Ausgangsbedingungen

Hinsichtlich der Implementierung der Plattform haben sich in den einzelnen Bundesländern sehr unterschiedliche Ausgangssituationen abgezeichnet. Landesstellen sollten die in ihrem Bundesland zu berücksichtigenden Ausgangs- bzw. Rahmenbedingungen möglichst gut kennen und bei der Implementierung der digitalen Suchtberatung entsprechend berücksichtigen. U. a. gilt es, die folgenden Fragen landesspezifisch zu klären:

- Ist die Umsetzung der digitalen Suchtberatung seitens der kommunalen Suchtberatungsstellen ohne weitere personelle Ressourcen möglich/sinnvoll?
- Inwieweit benötigt die Landesstelle zusätzliche personelle Ressourcen für die landesweite Koordination und Kommunikation der digitalen Suchtberatung?
- Wie kann die landesweite Umsetzung der digitalen Suchtberatung bei Bedarf finanziell unterstützt werden? Welche (Landes-)Mittel und Finanzierungsquellen können für Beratungsstellen/Landesstellen genutzt werden? Dabei sollten ggf. auch Mittel aus dem Bereich der Digitalisierung, Lotto-Toto-Stiftungen, Wohlfahrtspflege etc. berücksichtigt werden.
- In welcher Form kann das zuständige Landesministerium bei der Implementierung Unterstützung leisten?
- Wie kann eine möglichst breite, trägerübergreifende Unterstützung des Vorhabens gewährleistet werden?

10 Finanzierungsbedarf und Finanzierungsquellen

Die Finanzierung der kommunalen Suchtberatung ist vielerorts bereits seit längerer Zeit als prekär zu bezeichnen. In einem im September 2020 veröffentlichten „Notruf Suchtberatung“ weist die DHS erneut darauf hin, dass die Suchtberatungsstellen vor Ort häufig finanziell, personell und technisch schlecht ausgestattet sind (DHS, 2020c). Explizit wird darauf hingewiesen, dass auch die notwendige Digitalisierung Ressourcen benötigt.

Vor diesem Hintergrund stellt sich umso mehr die Frage, welche Kosten im Rahmen der Entwicklung, Implementierung sowie dem nachhaltigen Betrieb einer digitalen Suchtberatungsplattform anfallen

und wie diese Kosten auf potentielle Kostenträger verteilt werden könnten. Im Folgenden werden die Aufwände für die Implementierung geschätzt sowie Möglichkeiten der Kostenverteilung skizziert.

10.1 Finanzierung eines Modellvorhabens

Für die Entwicklung und initiale Implementierung der digitalen Suchtberatung im Rahmen eines Modellprojektes (vgl. Abschnitt 9.1) sollte eine Kofinanzierung durch Bund, Länder und Kommunen in Erwägung gezogen werden. Die Aufteilung der Kosten richtet sich dabei vorrangig nach dem Ort der erbrachten Leistung. Während für den Aufbau der zentralen technischen Infrastruktur und die zentrale Projektkoordination sowie damit zusammenhängende Aufgaben (Ausarbeitung und Durchführung von Schulungen, Evaluation/Qualitätssicherung, Kommunikationskonzept) eine Finanzierung durch den Bund naheliegt, sollten die Länder für alle landesspezifischen Aufwendungen aufkommen (landesweite Koordination, Kommunikation, Bereitstellung von Beratungskapazitäten).

In Anbetracht der avisierten Umsetzung der digitalen Suchtberatung im Rahmen des OZG (vgl. Abschnitt 9.3) könnten zentrale Kosten, insbesondere für die technische Umsetzung sowie den langfristigen Betrieb der Plattform, womöglich mit durch den Bund zur Verfügung gestellten OZG-Mitteln durch das MAGS getragen werden. Die detaillierte inhaltliche Ausarbeitung und die Testung des Systems (bis zum Onlinestart) könnte durch eine Verlängerung der aktuellen Förderung des DigiSucht Projektes durch das BMG sichergestellt werden.

Die im Folgenden geschätzten Aufwände beziehen sich ausschließlich auf die zentral anfallenden Kosten der länderübergreifenden Projektumsetzung. Für landesspezifische Aufwände (insb. Koordinationsaufwand, Auswahl der Beratungsstellen, Organisation von Schulungen, ggf. Finanzierung von zusätzlichen Beratungskapazitäten) können aufgrund der stark differierenden, landesspezifischen Bedingungen an dieser Stelle keine Schätzungen abgegeben werden.

Für die Entwicklungsarbeiten vor dem Onlinestart wird hier mit einem Zeitfenster von insgesamt neun Monaten gerechnet. Für den eigentlichen Modellbetrieb wird ein Zeitrahmen von weiteren 24 Monaten vorgeschlagen. Die folgenden beiden Tabellen geben einen Überblick über die geschätzten Kosten der Umsetzung der vorliegenden Detailkonzeption in der Modellphase, wobei zwischen den Leistungen/Aufwänden *vor* und *nach* dem Online-Start unterschieden wird.

Aufwände für vorbereitende Arbeiten der Implementierung

In einem ersten Schritt gilt es, die vorliegende Detailkonzeption so auszuarbeiten, dass die technische Umsetzung durch einen IT-Dienstleister erfolgen kann. Hierzu müssen die Funktionalitäten aller Elemente (Selbsttests, Tagebücher, weitere digitale Tools, etc.) ausformuliert und der Front-end- sowie Back-end-Bereich definiert werden. Für die technische Umsetzung wird aufgrund der Einschätzung eines erfahrenen IT-Experten ein Aufwand von etwa 150 Personentagen kalkuliert (vgl. Tabelle 2). Der erste Durchgang der Schulungen soll durch die entsprechenden Landesstellen für Suchtfragen mit jeweils etwa 10 Beratungsstellen regional (Ost, West, Süd, Nord) organisiert werden.

Tabelle 2: Leistungen, geschätzte Aufwände und Kosten für die Umsetzung des DigiSucht-Modellprojekts vor Online-Start (ausschließlich länderübergreifende Projektumsetzung)

*Leistung (**vor** dem Onlinestart)*	***Aufwand / Leistungsdauer (insgesamt 9 Monate)***	***Kosten* (Schätzungen)***
Gesamtkoordination	9 Monate	7.000,00
Erarbeitung Konzeption Programmierung (Nutzerführung, Front-end, Back-end, digitale Tools)	4 Monate	20.000,00
Ausarbeitungen Selbsttests	2 Monate	10.000,00
Konzeption von Schulungen, Ausarbeitung und Testung von Evaluationsinstrumenten	2 Monate	10.000,00
Technische Umsetzung/Programmierung	150 Personentage	150.000,00
Design / Webdesign / Vorlagen Öffentlichkeitsarbeit		20.000,00
Entwicklung Kommunikationsstrategie	1 Monat	3.000,00
Testung des Systems	1 Monat	4.000,00
Durchführung von Schulungen (1. Durchgang)	4 x 2 Tage = 8 Tage x 2 Personen	10.000,00
	Gesamt	**234.000,00**

*zzgl. Kosten für Bürofläche, Overhead, Reisen, Bewirtung

Aufwände für den Modellbetrieb

Mit dem Online-Start beginnt die eigentliche Umsetzungs- bzw. Modellphase, in der die ersten 30-40 Beratungsstellen die Infrastruktur der trägerübergreifenden digitalen Suchtberatung nutzen werden. Um eine verstärkte Nutzung des Online-Angebots zu befördern wird vorgeschlagen, die Modellphase mit einer Kommunikationskampagne (z.B. „Erfolgreich weniger Alkohol trinken“) zu flankieren.

Gemeinsam mit den einführenden Schulungen, ist das Fallmonitoring ein zentrales Instrument der Qualitätssicherung der digitalen Suchtberatungsarbeit. Jede an der digitalen Beratung beteiligte Fachkraft erhält in diesem Rahmen vom Monitoring-Team differenzierte Rückmeldungen zu ihrer/seiner Fallarbeit (vgl. Abschnitt 6.2.3). Für das Fallmonitoring wird ein Aufwand von etwa 4 Std. pro teilnehmender Fachkraft kalkuliert.

Ein weiteres Arbeitspaket der Modellphase ist die Integration von insgesamt etwa 80 weiterer Beratungsstellen in die digitale Suchtberatung. Hierzu werden jeweils zwei zusätzliche regionale Schulungsmaßnahmen (Ost, West, Süd, Nord) durchzuführen sein. Um den fachlichen Austausch zu fördern und damit die Erfahrungen der Beraterinnen und Berater mit der digitalen Suchtberatung für eine Optimierung des Systems genutzt werden können, soll während der Modellphase in jeder Region mindestens ein Netzwerktreffen mit den Suchtberatungsstellen sowie den Landesstellen durchgeführt werden.

Tabelle 3: Leistungen, geschätzte Aufwände und Kosten für die Umsetzung des DigiSucht-Modellprojekts nach Online-Start (ausschließlich länderübergreifende Projektumsetzung)

*Leistung (**nach** dem Onlinestart)*	***Aufwand / Leistungsdauer (insgesamt 24 Monate)***	***Kosten* (Schätzungen)***
Gesamtkoordination	24 Monate	24.000,00
Qualitätssicherung (QS): Fallmonitoring	200 Fallmonitorings = 100 Tage	60.000,00
Kommunikation / Öffentlichkeitsarbeit	24 Monate	12.000,00
Evaluation / Reporting	24 Monate	30.000,00
Durchführung von zwei Schulungsdurchgänge	2 x 4 x 2 Tage = 16 Tage x 2 Pers.	20.000,00
IT Betrieb / Wartung**	2 Personentage/24 Monate	48.000,00
QS: Netzwerktreffen (Ost, West, Nord, Süd)	4 x 2 Tage x 2 Personen	15.000,00
	Gesamt	**209.000,00**

*zzgl. Kosten für Bürofläche, Overhead, Reisen, Bewirtung, Sachkosten Kommunikation

** Die Kosten für die technische Bereitstellung sind stark abhängig von der Art der technischen Umsetzung (bspw. Lizenzkosten für externe Softwaremodule) und zum aktuellen Zeitpunkt entsprechend schwierig zu schätzen.

10.2 Nachhaltige Implementierung

Nach Abschluss der Modellphase soll die digitale Suchtberatung nachhaltig in die Versorgungslandschaft integriert werden. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass die in Tabelle 3 genannten Aufwände weitestgehend auch bei einem dauerhaften Betrieb anfallen.

Für die Gesamtkoordination gehören dazu insbesondere:

- Länderübergreifende Koordination
- (Unterstützung bei / Abstimmung der) Öffentlichkeitsarbeit
- Betreuung technischer Infrastruktur (externe Dienstleister)
- Qualitätssicherung (Durchführung von Schulungen, Monitoring, Zertifizierungen; technischer/fachlicher Support)
- Durchführung von Netzwerktreffen
- Begleitende Evaluation (Monatsreports, Jahresberichte)
- Förderung des Ausbaus / der Weiterentwicklung der digitalen Suchtberatung

Auf Seiten der Länder gilt es insbesondere die folgenden Leistungen nachhaltig sicherzustellen:

- Bereitstellung von Beratungskapazitäten
- Qualitätssicherung (Teilnahme an Schulungen, Zertifizierungsprozess)
- Kommunikation des Angebotes

In Anlehnung an andere bundesweite Projekte (u.a. Onlineberatung der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.) erscheint eine anteilige Finanzierung der länderübergreifenden Gesamtkoordination durch die Bundesländer als die nächstliegende Möglichkeit. Bei angenommenen Gesamtkosten von jährlich etwa 100.000 EUR für die Aufwände der Gesamtkoordination der digitalen Suchthilfe (vgl. Tabelle 3), würden bei einer Aufteilung nach dem Königsteiner Schlüssel **pro Bundesland demnach Kosten in Höhe von 1.000 EUR bis maximal 22.000 EUR jährlich** anfallen. Hinzu

kommen etwaige Kosten für die landesweite Koordination durch die Landesstellen sowie ggf. für die Unterstützung der kommunalen Beratungsstellen.

Im Zuge einer nachhaltigen Implementierung könnte die Finanzierung der Bereitstellung der technischen Infrastruktur sowie damit verknüpfter Leistungen (technische Wartung) bestenfalls durch OZG-Mittel sichergestellt werden (siehe Abschnitt 9.3). Die skizzierten finanziellen Aufwände für die Länder würden sich in diesem Fall entsprechend reduzieren.

Die Ausarbeitung entsprechender Finanzierungsmodelle, die Klärung der Frage der Trägerschaft (vgl. Abschnitt 9.2) sowie die verbindlichen Absprachen der Beteiligten zur nachhaltigen Umsetzung der digitalen Suchtberatung, sollten möglichst frühzeitig erfolgen. Erfahrungen aus einem Modellprojekt bspw. zur allgemeinen Umsetzbarkeit einer bundesweiten digitalen Suchthilfe, zur Inanspruchnahme durch Klientinnen und Klienten, aber auch bzgl. der Erfahrungen der Beratungsstellen mit der Umsetzung eines digitalen Beratungsangebotes, würden voraussichtlich helfen, entsprechende Entscheidung herbeizuführen. Nicht zuletzt sollte bei allen Entscheidungen zur (nachhaltigen) Umsetzung einer Plattform für die digitale Suchtberatung auch das im abschließenden Kapitel skizzierte Weiterentwicklungspotential berücksichtigt werden.

11 Weiterentwicklungspotential

Das tatsächliche Potential einer Plattform für die digitale Suchtberatung geht über das bisher geschilderte Angebotsspektrum und die technischen Funktionalitäten bei einer initialen Plattformentwicklung deutlich hinaus. Um zu einem späteren Zeitpunkt eine Erweiterung des Angebotes mit möglichst geringem Aufwand zu realisieren, sollten die im Folgenden beispielhaft genannten Weiterentwicklungspotentiale möglichst bereits bei der initialen Programmierung der Plattform berücksichtigt werden. Überdies sollte im Rahmen der nachhaltigen Implementierung grundsätzlich sichergestellt werden, dass neben der obligatorischen Projektsteuerung und technischen Wartung der Plattform auch eine kontinuierliche Weiterentwicklung vorgesehen wird.

Eine Weiterentwicklung der digitalen Suchtberatung wäre insbesondere in den folgenden Bereichen denkbar:

- Kontinuierlicher Ausbau der Beratungskapazitäten
- Erweiterung der digitalen Tools
- Ausweitung auf ein mehrsprachiges Beratungsangebot
- Einbindung der Selbsthilfe
- Einbindung weiterer Angebote und Leistungserbringer
- Informationsplattform für Fachkräfte der Suchtberatung
- Automatisierte Inhalte
- Berücksichtigung technischer Weiterentwicklungen

Weitergehende Erläuterungen zu den genannten Bereichen finden sich in Tabelle 4.

Tabelle 4: Erläuterungen zum Weiterentwicklungspotential der digitalen Suchtberatung

Kontinuierlicher Ausbau der Beratungskapazitäten	Der kontinuierliche Ausbau von digitaler Beratungskapazität ist bereits im Rahmen des Modellprojektes zur Implementierung vorgesehen (vgl. Abschnitt 9.1). Ausreichende Schulungskapazitäten für die Aufnahme und Zertifizierung neuer Beratungsstellen könnten ggf. durch die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sichergestellt werden. Fallmonitorings könnten entsprechend als trägerübergreifende und/oder landesspezifische Intervisionen umgesetzt werden. Hier gilt es, im Rahmen der Modellphase gemeinsam mit beteiligten Beratungsstellen, Trägern und Landesstellen, tragfähige Konzepte zu erarbeiten und zu erproben.
Erweiterung der digitalen Tools	Die vorliegende Konzeption sieht eine initiale Fokussierung des Angebotes auf vier zentrale Zielgruppen der Suchtberatungsstellen vor (vgl. Abschnitt 3). Daher werden anfangs speziell für diese Zielgruppen geeignete Tools integriert. Durch die Anpassung der Tools an neue Zielgruppen bzw. die Integration neuer Tools, kann das digitale Angebot auch für weitere Zielgruppen der Suchtberatung vollumfänglich nutzbar gemacht werden. Durch den empfohlenen Einsatz von Templates können mit vergleichsweise geringem Aufwand die Tools verwaltet (erstellt/editiert) werden. Texte und spezifisches Verhalten der Tools wären dabei konfigurierbar (vgl. Abschnitt 7). So können sukzessive spezielle Angebote für weitere Themen der Suchtberatung (bspw. Mediennutzung, Medikamentenabhängigkeit, Missbrauch von Stimulanzien etc.) entwickelt, implementiert und evaluiert werden. Überdies ist die digitale Adaption von vor Ort eingesetzten Beratungsansätzen denkbar (bspw. SKOLL, CRAFT). Eine Umsetzung und Finanzierung dieser Weiterentwicklungen könnte womöglich im Rahmen von einzelnen Modellprojekten, ggf. in Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern wie Krankenkassen, realisiert werden.
Ausweitung auf ein mehrsprachiges Beratungsangebot	Die digitale Suchtberatungsplattform bietet die Möglichkeit, Kapazitäten fremdsprachiger Suchtberatung zu bündeln und digital zur Verfügung zu stellen. Dafür könnten entsprechende Beratungskapazitäten (qualifizierte, mehrsprachige Suchtberaterinnen und -berater) träger- und länderübergreifend zur Verfügung gestellt werden. Eine wohnortnahe Beratung wäre durch eine bundesweite Zuweisung für diese Klientinnen und Klienten ggf. nicht gewährleistet. Im Gegenzug würde sich jedoch auch Personen ohne entsprechende fremdsprachige Suchtberatungsangebote vor Ort die Möglichkeit eröffnen, eine qualifizierte Beratung in ihrer Muttersprache zu erhalten. Die Zuweisung zu den entsprechenden Fachkräften kann im Rahmen einer entsprechenden Abfrage im Zuge der Registrierung sowie ggf. in Abhängigkeit freier Kapazitäten erfolgen. Im Rahmen der initialen Programmierung sollte daher bereits eine Mehrsprachigkeit auf Seiten der Ratsuchenden berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 7).
Einbindung der Selbsthilfe	Selbsthilfegruppen unterstützen Menschen dabei, ihre Suchterkrankung zu bewältigen. Die Selbsthilfe agiert dabei unabhängig, aber häufig in enger Kooperation mit Suchtberatungsstellen, die bspw. Räumlichkeiten für

	Gruppensitzungen zur Verfügung stellen sowie Klientinnen und Klienten an Selbsthilfegruppen vermitteln. Die technische Infrastruktur der digitalen Suchtberatung könnte prospektiv genutzt werden, um eine digitale Umsetzung von Selbsthilfegruppen zu ermöglichen. Die geschützte digitale Kommunikation sowie das Usermanagement der digitalen Suchtberatungsplattform bieten grundsätzlich alle dafür benötigten Funktionen. Mit vergleichsweise geringem Aufwand könnten Zugänge für Selbsthilfegruppen geschaffen und der Zugang zu den digitalen Selbsthilfegruppen auch für Klientinnen und Klienten der digitalen Suchtberatung zur Verfügung gestellt werden. Somit würde nicht nur die Selbsthilfe eine digitale Infrastruktur erhalten, sondern auch der Übergang von der digitalen Suchtberatung zur digitalen Selbsthilfe ohne mediale Brüche ermöglicht werden. Womöglich könnte die „Digitalisierung der Selbsthilfe“ auch gegen zunehmend schwindende Mitgliederzahlen sowie die Überalterung in den Selbsthilfeverbänden helfen (o. N., 2017). Die Finanzierung der Integration einer „digitalen Suchtselbsthilfe“ könnte womöglich durch die Deutsche Rentenversicherung Bund (DRV Bund) oder die GKV erfolgen.
Einbindung weiterer Angebote und Leistungserbringer	Die Suchtberatung zeichnet sich durch ihre Mittlerfunktion und die damit einhergehende enge Vernetzung mit verschiedenen Leistungserbringern und Kostenträgern aus. Klientinnen und Klienten wiederum nutzen, neben der Suchtberatung, entsprechend häufig auch weitere Angebote der Suchthilfe. Die hier beschriebene digitale Plattform kann perspektivisch auch für die Begleitung, Unterstützung oder die Durchführung solcher Leistungen (bspw. ambulante Rehabilitation, Nachsorge) genutzt werden. Gemäß der Kostenträger in diesen Bereichen wäre auch hier eine Finanzierung der Entwicklung und Implementierung/des Modellbetriebs durch GKV, DRV sowie ggf. auch im Rahmen des Innovationsfonds zu prüfen.
Informationsplattform für Fachkräfte der Suchtberatung	Sollte die digitale Suchtberatung von einer großen Zahl von Suchtberatungsstellen aktiv genutzt werden, kann die Plattform perspektivisch als ein zentrales Informationsmedium für Fachkräfte der Suchtberatung genutzt werden. Informationen zu relevanten Themen bspw. aus der Sucht- und Drogenforschung, fachliche Informationen der DHS oder der BZgA sowie ggf. von Fachverbänden könnten im Back-end der Beraterinnen und Berater angezeigt werden.
Automatisierte Inhalte	Personalisierte Inhalte könnten mittelfristig auch außerhalb der persönlichen Beratung in automatisierter Form zur Verfügung gestellt werden. Damit würde eine Interaktion mit digitalen Programminhalten und eine zugeschnittene Informationsvermittlung auch für nicht-angemeldete User sowie für alle Personen die keine persönliche Beratung wünschen, möglich werden. Nicht zuletzt birgt die automatisierte Vermittlung von Inhalten das Potential Beratungsressourcen gezielter einzusetzen. Darüber hinaus können vollautomatisierte digitale Versorgungsangebote als Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) eingeordnet werden, insbesondere wenn die erbrachten Leistungen regelhaft von der Gesetzlichen

	Krankenversicherung übernommen werden (BfArM, 2020). Zwei beispielhafte Möglichkeiten der Automatisierung für die digitale Suchtberatung werden im Folgenden kurz erläutert. ***Automatisiertes Programm*** Die Klientinnen und Klienten würden in dieser Variante die vorhandenen Tools nutzen, jedoch keine persönliche Beratung durch die Beraterinnen und Berater erhalten. Dafür müssten u. a. die Tools inhaltlich leicht angepasst sowie Auslöser definiert werden, die das Freischalten der Tools definieren. Entsprechende Voraussetzungen werden in den technischen Anforderungen berücksichtigt (vgl. Abschnitt 7). Darüber hinaus sollten motivierende Kurznachrichten (z. B. zu x konsumfreien Tagen; „Push“), sowie weitere motivierende Tipps die vom User jederzeit abgerufen werden können („Pull“) genutzt werden, um Nutzerbindung und Interaktion mit einem automatisierten Angebot zu verbessern. ***Chat-Bot / Digitales Assistenzsystem*** Auf der Plattform könnte ein Chat-Bot integriert werden, der in der Lage ist, einfache Useranfragen zu verstehen und darauf entsprechende Antworten zu geben, bspw. Informationen zu Beratungsmöglichkeiten vor Ort, zu den digitalen Beratungsoptionen, Verweise auf die Selbsttests oder Informationen zu Substanzen und Suchtverhalten. Ein entsprechendes Assistenzsystem kann rund um die Uhr Fragen nicht nur entgegennehmen, sondern diese ggf. auch bereits mit ersten hilfreichen Rückmeldungen beantworten (bspw. Umgang mit einem Rückfall; Hinweise bei akuten Ängsten/Sorgen/Fragen; Hinweise auf schnelle Hilfen per Telefon oder vor Ort etc.). Ein Chat-Bot könnte sowohl im öffentlichen Bereich der Webseite als auch im Rahmen der Beratung / der strukturierten Programme genutzt werden.
Berücksichtigung technischer Weiterentwicklungen	Die technischen Weiterentwicklungen haben digitalen Angeboten, auch im Gesundheitsbereich, in den letzten beiden Jahrzehnten neue Einsatzmöglichkeiten eröffnet (bspw. Verbreitung von Video-Chat), deren Reichweite erhöht (Verbreitung von mobilem Internet und mobiler Endgeräte) oder neue Funktionen ermöglicht (bspw. durch den Einsatz von selbstlernenden Algorithmen). Zukünftige technische Weiterentwicklungen sollten hinsichtlich ihres Einsatzes im Rahmen der digitalen Suchtberatung kontinuierlich geprüft und eine Implementierung in Erwägung gezogen werden. Zentrale Entwicklungen, die im Rahmen der Entwicklung und des Betriebs einer digitalen Suchtberatung weitergehend beobachtet werden sollten, betreffen u. a. den Ausbau der Telematik-Infrastruktur (TI) und die damit einhergehende Entwicklung und verpflichtende Verbreitung der elektronischen Patientenakte (ePA) sowie entsprechender Schnittstellen, aber auch die Verbreitung und technischen Entwicklungen von Endgeräten (bspw. Einsatz von Smartwatches) sowie das Potential der Anwendung von „künstlicher Intelligenz“ (Machine Learning) zur Steuerung von digitalen Interventions- und Beratungsangeboten.

12 Literatur

Andersson, G., Titov, N., Dear, B.F., Rozental, A. and Carlbring, P. (2019), Internet-delivered psychological treatments: from innovation to Implementierung. World Psychiatry, 18: 20-28. https://doi.org/10.1002/wps.20610

Atzendorf, J., Apfelbacher, C., de Matos, E.G. et al. (2020). Do smoking, nutrition, alcohol use, and physical activity vary between regions in Germany? - results of a cross-sectional study. BMC Public Health 20, 277. https://doi.org/10.1186/s12889-020-8352-2

Banz, M. (2019). Glücksspielverhalten und Glücksspielsucht in Deutschland. Ergebnisse des Surveys 2019 und Trends. BZgA-Forschungsbericht. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. doi: 10.17623/BZGA:225-GS-SY19-1.0

Berndt, J., Bischof, A., Besser, B., Rumpf, H.J. & Bischof, G. (2017). Belastungen und Perspektiven Angehöriger Suchtkranker: ein multi-modaler Ansatz (BEPAS). Abschlussbericht an das Bundesministerium für Gesundheit.

BfArM - Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hrsg.) (2020). Das Fast Track Verfahren für digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) nach § 139e SGB V. Ein Leitfaden für Hersteller, Leistungserbringer und Anwender. Verfügbar unter: http://www.bfarm.de/diga

Bischof, G., Freyer-Adam, J., Reinhardt, S. et al. (2008). Neue Interventionsansätze zur Sekundärprävention alkoholbezogener Störungen im Allgemeinkrankenhaus. Psychosom Konsiliarpsychiatr (2): 15–20. https://doi.org/10.1007/s11800-007-0073-1

BMI - Bundesministerium des Inneren (2020). Onlinezugangsgesetz (OZG). Webseite: bmi.bund.de. Abgerufen am 02. Dezember 2020.

Boumparis N, Loheide-Niesmann L, Blankers M, Ebert DD, Korf D, Schaub MP, Spijkerman R, Tait RJ & Riper H. (2019). Short- and long-term effects of digital prevention and treatment interventions for cannabis use reduction: A systematic review and meta-analysis. Drug Alcohol Depend (200):82-94. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.03.016.

Buchner, U. G., Koytek, A., Wodarz, N. & Wolstein, J. (2016). Psychometrische Evaluation des deutschen Kurzfragebogens für suchtbelastete Familienmitglieder SQFM-AA (Version Glücksspiel). Psychother Psych Med (66): 155–162. http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-100812

Bürkle, S. (2015). Wo stehen die Beratungsstellen? Neue Herausforderungen in der ambulanten Suchthilfe. KONTUREN online. Fachportal zu Sucht und sozialen Fragen. Schwerpunktthema 1/2015 Ambulante Suchthilfe. Verfügbar unter: konturen.de

Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Arch Intern Med. 158(16):1789–95.

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2020). Drugcom.de Jahres- und Evaluationsbericht 2019. Verfügbar unter: drugcom.de

BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (2007). Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung Band 32: drugcom.de - Modellhafte Suchtprävention im Internet. Köln: BZgA. Verfügbar unter: bzga.de

Dauber, H., Specht, S., Künzel, J., Pfeiffer-Gerschel, T. & Braun, B. (2019). Deutsche Suchthilfestatistik 2018 Jahresauswertung, alle Bundesländer. Tabellenband für Ambulante Beratungs- und/oder Behandlungsstellen 3. Alle Betreuungen mit Einmalkontakte. IFT Institut für Therapieforschung, München.

de Matos, EG., Kraus, L., Pabst, A. & Piontek, D. (2013). Problembewusstsein und Inanspruchnahme von Hilfe bei substanzbezogenen Problemen. SUCHT, 59(6): 2013, 355 – 366. https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000278

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2020a). Basisinformationen Alkohol - 5. neu bearbeitete Auflage. Verfügbar unter: dhs.de

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020b). DHS Jahrbuch Sucht. Lengerich: Pabst Science Publishers.

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (2020c). Suchtberatung ist wichtiger denn je! -Corona legt den Fingerin die Wunde („Notruf Suchtberatung“). Verfügbar unter: dhs.de

DHS - Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (1999). Leistungsbeschreibung für ambulante Beratungs- und Behandlungsstellen der Suchtkrankenhilfe.

ELSA Sachbericht (2014). Sachbericht zur „Entwicklung und Erprobung eines internetbasierten Beratungsprogramms für Eltern suchtgefährdeter Kinder und Jugendlicher“. Verfügbar unter: bundesgesundheitsministerium.de

Holt, E.-M., Winter, D. & Thomaschewski, J. (2011). Personas als Werkzeug in modernen Softwareprojekten. In: Brau, H., Lehmann, A., Petrovic, K. & Schroeder, M. C. (Hrsg.), Tagungsband UP11. Stuttgart: German UPA e.V.. (S. 40-44).

Haserück, A. (2020). Digitalisierung im Gesundheitswesen: Schub durch Coronapandemie. Dtsch Arztebl 2020; 117(43): A-2032 / B-1727.

Jackson, A.C., Wynne, H., Dowling, N.A., Tomnay, J.E. & Thomas, S.A. (2009). Using the CPGI to determine problem gambling prevalence in Australia: Measurement Issues. International Journal of Mental Health and Addiction, 8, 570–582. doi:10.1007/s11469-009-9238-9

Jonas, B., Leuschner, F., Eiling, A., Schoelen, C., Soellner, R. & Tossmann, P. (2019). Web-Based Intervention and Email-Counseling for Problem Gamblers: Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of Gambling Studies*. https://doi.org/10.1007/s10899-019-09883-8

Kanfer F. H., Reinecker H. & Schmelzer D. (1996) Selbstmanagement-Therapie. 2., überarb. Aufl. Berlin, Springer

Kanfer, F. H. (1986). Implications of a self-regulation model of therapy for treatment of addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), Treating addictive behaviors. Process of change (pp. 29-47). New York: Plenum Press.

Kasten, L. (2017). Evaluation eines Smartphone-gestützten Begleitprogramms für das Beratungsprogramm „Realize it“. Evaluationsbericht. Verfügbar unter: bundesgesundheitsministerium.de

Körkel, J. (2012). 30 Jahre Motivational Interviewing: Eine Übersicht und Standortbestimmung. Suchttherapie, 13(03), 108–118. https://doi.org/10.1055/s-0032-1321782.

Krüger-Brand, H. (2019). Digitale-Versorgung-Gesetz: Schub für die digitale Versorgung. *Dtsch Arztebl* 116(46): A-2111.

Leuschner, F. (2015). Kiffen und Computerspiele: Internetbasierte Elternberatung zu Suchtfragen (ELSA). Pro Jugend 2015, Nr. 1, S. 24-25.

Liappas N., Teriús-Padrón J.G., García-Betances R.I., Cabrera-Umpiérrez M.F., Arredondo M.T. (2020). User-Centered Design in Defining and Developing Health and Well-Being ICT Solutions. In: Chen, F., García-Betances, R., Chen, L., Cabrera-Umpiérrez, M. & Nugent, C. (eds) Smart Assisted Living. Computer Communications and Networks. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-25590-9_9

Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). Relapse Prevention. New York: Guilford Press.

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing: 3. Auflage des Standardwerks in Deutsch, Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Miller, W. R. & Sanchez, V. C. (1991). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. Notre Dame: University of Notre Dame Press

NLS - Niedersächsische Landesstelle für Suchtfragen (2019). Forschungsbericht: Digitalisierung in der Suchthilfe und -beratung in den ambulanten Fachstellen für Sucht und Suchtprävention in Niedersachsen. Verfügbar unter: nls-online.de

o. N. (2020). Essener Leitgedanken zur digitalen Transformation in der Suchthilfe. März 2020. Verfügbar unter: fdr-online.de

o. N. (2017). Statistik 2017 der fünf Sucht-Selbsthilfe- und Abstinenzverbände: Blaues Kreuz in Deutschland e. V.; Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche – Bundesverband e. V., Freundeskreise für Suchtkrankenhilfe – Bundesverband e. V., Guttempler in Deutschland e.V., Kreuzbund e. V. – Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und Angehörige. Verfügbar unter: dhs.de

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood: Dow Jones/Irwin.

Reindl, R. (2015). Psychosoziale Onlineberatung - von der praktischen zur geprüften Qualität. e-beratungsjournal.net, 1(6), 55–68.

Schaub, M., Wenger, A., Bachmann, A., Stark, L. & Haug, S. (2014). Qualitätsentwicklung in der Internetgestützten Suchthilfe am Beispiel des Schweizer Suchtportals Safe Zone. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, 16(4):187-193.

Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019a). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2015. Tabellenband: Konsum illegaler Drogen, multiple Drogenerfahrung und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018. München: IFT Institut für Therapieforschung.

Seitz, N.-N., John, L., Atzendorf, J., Rauschert, C. & Kraus, L. (2019b). Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Alkoholkonsum, episodisches Rauschtrinken und Hinweise auf Konsumabhängigkeit und -missbrauch nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018.München: IFT Institut für Therapieforschung.

Smith, J. E. & Meyers, R. J. (2008). Motivating Substance Abusers to Enter Treatment: Working with Family Members. New York: The Guildford Press

Steiner, S., Baumeister, S. & Kraus, L. (2008). Severity of Dependence Scale: Establishing a cut-off point for cannabis dependence in the German adult population. SUCHT 54 (Sonderheft 1), S.57–S63.

Titov, N., Dear, B., Nielssen, O., Staples, L., Hadjistavropoulos, H., Nugent, M. et al. (2018). ICBT in routine care: A descriptive analysis of successful clinics in five countries. Internet Interventions, 13, 108–115. https://doi.org/10.1016/j.invent.2018.07.006

Tönsmeise, C., Friedrich, M., Schneider, F., Neumeier, E., Karachaliou, K. & Pfeiffer-Gerschel, T. (2020). Bericht 2020 des nationalen REITOX-Knotenpunkts an die EMCDDA. Behandlung - Workbook Treatment. Verfügbar unter: dbdd.de

Tossmann, H. P., Jonas, B., Tensil, M.-D., Lang, P. & Strüber, E. (2011). A Controlled Trial of an Internet-Based Intervention Program for Cannabis Users. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, doi:10.1089/cyber.2010.0506.

Westra, H. A., Aviram, A. & Doell, F. K. (2011). Extending Motivational Interviewing to the Treatment of Major Mental Health Problems: Current Directions and Evidence. The Canadian Journal of Psychiatry, 56(11), 643–650. https://doi.org/10.1177/070674371105601102.

Zschorlich, B., Gechter, D., Janßen, M., Swinehart, T., Wiegard, B. & Koch, K. (2015). Gesundheitsinformationen im Internet: Wer sucht was, wann und wie? Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes 109:144–152.

13 Anhang

13.1 Personas und Beratungsangebote

Im Folgenden sind die im Rahmen der Programmworkshops von den Beraterinnen und Beratern für die vier definierten Zielgruppen skizzierten Personas sowie Beispiele für deren ambulante Beratung aufgeführt.

13.1.1 Alkoholkonsum

Persona „Gert“

Name: Gert **Geschlecht**: Männlich **Alter**: 45 Jahre **Wohnhaft**: mittlere Großstadt **Tätigkeit**: Schichtarbeiter am Band bei VW	**Familiensituation**: verheiratet; steht kurz vor der Scheidung; lebt gemeinsam mit Frau und zwei Kindern **Bildung**: Realschulabschluss **Sozialisation**: -
Problem: übermäßiger Alkoholkonsum; dadurch drohender Verlust des Arbeitsplatzes, Probleme in der Partnerschaft / Familie; drohender Verlust des Führerscheins **Warum Beratung (Motivation)**: extrinsisch: insb. Arbeitgeber, Ausmaß o.g. Probleme; intrinsisch: möchte Kontrolle über Alkoholkonsum erlangen **Hürden**: Angst vor Stigmatisierung, Bevormundung; schlechte Erreichbarkeit, kaum Kenntnis von Hilfsangeboten **Nutzen einer Beratung**: Hilfe, Entlastung, Vermeidung von Verlusten **Informationsverhalten**: eher passiv (Flyer vom Chef erhalten)	**Was ist ihm wichtig**: Familie, Job, Führerschein - Alltag wird durch Lügen aufrechterhalten **Ziel**: er möchte alles behalten / nichts verlieren **Aufgaben**: An einer Veränderung mitwirken, Problembewusstsein entwickeln; fühlt sich unverstanden, kommt aus dem Kreislauf nicht raus;

Beratungsangebot für Gert (Beispiel)

Ziel: Informationsvermittlung, Beziehungsaufbau **Methode /Haltung**: Motivational Interviewing; Hilfe bei Strukturierung von Problemen, Beratung; Ergebnisoffenheit, Teilnahme an motivierenden Gruppensitzungen	**Digitale Angebote:** Onlineberatung (E-Mail-Beratung + Chat; Messenger); Selbsttests **Ressourcen**: 5-10 Werktage; ca. 60 min. Beratung; Motivationsgruppe; Arbeitsplatz für Einzelberatung benötigt; ca. 5 Einzeltermine; bei Bedarf auch Langzeitbetreuung

13.1.2 Cannabiskonsum

Persona „Flori“

Name: Flori **Geschlecht**: Männlich **Alter**: 16 Jahre **Wohnhaft**: mittlere Großstadt **Tätigkeit**: Schichtarbeiter bei VW	**Familiensituation**: lebt im Elternhaus **Bildung**: 11. Klasse Gymnasium **Sozialisation**: „gut bürgerlich“; konsumierendes Umfeld; Schule/Praktika, Sport, Party; liberale Eltern, die aber Angst vor Sucht haben
Problem: soziale Auffälligkeit aufgrund von Cannabiskonsum (Stress mit Eltern, Justiz/Schule) **Warum Beratung (Motivation)**: keine Motivation vorhanden; Zuweisung durch Schule, Eltern, Justiz (Beratungsnachweis erhalten) **Hürden**: „Die wollen mir das Kiffen wegnehmen“; Angst vor fehlender Anonymität / Stigmatisierung / nicht-Einhalten der Schweigepflicht; kein Interesse an persönlicher Auseinandersetzung; Widerstände ggü. Beratung **Nutzen einer Beratung**: Eltern hören auf zu stressen; fachlich fundierte Infos zu rechtlichen Fragen, Wirkung **Informationsverhalten**: eher einseitige/selektive Infos via Dealer, Google, Fernsehen (Serien), Freunde, Instagram	**Was ist ihm wichtig**: Familie, Job, Führerschein **Ziel**: Hausfrieden wiederherstellen; Möglichkeit für Ausbildung / Fahrerlaubnis nicht verbauen; Infos zu kontrolliertem Konsum **Aufgaben**: Schule schaffen; eigenes Verhalten reflektieren; Verständnis entwickeln; Hilfe annehmen

Beratungsangebot für Flori (Beispiel)

Ziel: Auftragsklärung: Welches Anliegen, welche Erwartungen hat Flori an die Beratung? Vertrauensaufbau: gute Atmosphäre; Zeit zum Zuhören, offene Haltung; Reflektion des eigenen Verhaltens; ggf. Vermittlung / weitere Termine **Methode /Haltung:** Sozialanamnese (Grunddaten); Motivational Interviewing, respektvoller Umgang/Interesse an Flori; zieloffene Haltung in Bezug auf das Kiffen; Methoden: Suchtentwicklung / Suchttreppe; Pro/Kontra-Argumente; Analyse soziales Netzwerk; Verabredung / Vereinbarung	**Digitale Angebote:** Blended Counseling (Videochat; E-Mail, SMS via Diensthandy; Messenger Dienst für Terminabsprachen) **Ressourcen**: Durchschnittl. 50 min, ca. 5x; Einschränkungen hinsichtlich vorhandener IT (Beratungsstelle; ggf. auch bei Flori selber); Wartezeit: 3 Tage bis zu 6 Wochen **Hürden**: Compliance, Unzuverlässigkeit, Berater*in passt nicht

13.1.3 Glücksspiel

Persona „Thomas“

Name: Thomas **Geschlecht**: Männlich **Alter**: 42 Jahre **Wohnhaft**: Leipzig **Tätigkeit**: Autoverkäufer	**Familiensituation**: (noch) verheiratet **Bildung**: Abitur **Sozialisation**: keine Hobbys, viel Arbeit, Computeraffin
Problem: massive Schulden, Geldprobleme; Beziehungskonflikte; existenzielle Ängste (Komorbidät: Anzeichen für Depression, Angststörung; suizidale Gedanken) **Warum Beratung (Motivation)**: Leidensdruck abbauen; es soll schnell besser werden; Kontrolle über finanzielle Situation wiedererlangen **Hürden**: Scham, Gesichtsverlust, Eingestehen des problematischen Verhaltens **Nutzen einer Beratung**: Entlastung, konkrete Hilfsangebote bzgl. des Suchtverhaltens sowie Vermittlung weiterer Hilfen (bspw. Schuldenberatung) **Informationsverhalten**: Smartphone, Hinweis von Angehörigen	**Was ist ihm wichtig**: Gesicht wahren, Würde behalten; Verschwiegenheit in der Beratung **Ziel**: Erfolg bei der Arbeit; familiärer Frieden **Aufgaben**: -

Beratungsangebot für Thomas (Beispiel)

Ziel: offen / bestimmt vorrangig Thomas; Kontakt/Beziehungsaufbau, **Methode /Haltung:** häufig spezielle*r Berater*in (teilw. spezielle Beratungsstelle); Ressourcenorientiert; Motivational Interviewing; Diagnostik / Anamnese schriftlich (Screening); Vermittlung in weitere Angebote (ambulant betreutes Wohnen); Organisation Geldmanagement	**Digitale Angebote:** Online-Beratung orientiert an Face-to-Face; Tagebuchfunktion (wöchentliche Rückmeldung) **Ressourcen**: längerer Beratungsprozess möglich; Einzelgespräche etwa 14-tägig **Hürden**: Kontaktabbruch (aber wird ggf. später auch wieder aufgenommen!), kein Geld für Sprit / Fahrtkosten; Krankenhauseinweisung aufgrund von Komorbidität

13.1.4 Angehörige

Persona „Frau Schmidt“

Name: Thomas **Geschlecht**: weiblich **Alter**: 45 Jahre **Wohnhaft**: Jever **Tätigkeit**: Teilzeitstelle im Bauamt	**Familiensituation**: verheiratet, zwei Kinder (Sohn: 20 Jahre; Tochter: 12 Jahre); wohnt im Eigenheim **Bildung**: mittlere Reife **Sozialisation**: eigener Vater mit Alkoholproblematik; nur wenig soziale Kontakte außerhalb der Familie/Arbeit
Problem: hoher Leidensdruck aufgrund des problematischen Alkoholkonsums ihres Mannes **Warum Beratung (Motivation)**: akute Zuspitzung der aktuellen Situation (Konflikte, Auseinandersetzungen); Suche nach Infos, die das Problem lösen; Ohnmacht, Hilflosigkeit **Hürden**: Scham, Informationsdefizit (Unwissen, dass Beratungsstellen auch für Angehörige zuständig) **Nutzen einer Beratung**: Unterstützung bei Reflektion der Situation und Verhaltensänderung (Selbstfürsorge); ggf. Beratung des Mannes **Informationsverhalten**: wenig aktive Suche; vorrangig Internetrecherche (Google); „anonymisierte Gespräche“ im sozialen Umfeld (die bekannte	**Was ist ihm wichtig**: Vertraulichkeit; schnelle Hilfe **Ziel**: Entlastung, Information, Problem soll gelöst werden **Aufgaben**: Schadensbegrenzung; Beziehung retten

Beratungsangebot für Frau Schmidt (Beispiel)

Ziel: Auftragsklärung; Druck rausnehmen, Hilfe zur Selbsthilfe **Methode /Haltung**: systemisch; Motivational Interviewing; Einzelberatung + Gruppe	**Digitale Angebote:** Einzelchat; Infoseiten; Online-Beratung (E-Mail) **Ressourcen**: teilw. zeitliche Limitierung / unterschiedliche personelle Ressourcen; **Hürden**: fehlende Bereitschaft sich zu verändern / zu reflektieren

13.2 Hinweise zur Ansprache der Zielgruppen

In den Programmworkshops wurden gemeinsam mit den Beraterinnen und Beratern erste Überlegungen zur Ansprache der definierten Zielgruppen gesammelt und diskutiert. Diese können als ergänzende Basis für die Ausarbeitung eines Kommunikationskonzeptes und/oder die Ausgestaltung von Kommunikationsmaßnahmen genutzt werden.

Das zu kommunizierende Ziel des Beratungsangebotes ist es, die Klientinnen und Klienten bei einer Verhaltensänderung zu unterstützen und/oder Probleme mit Bezug zu einem problematischen Verhalten (ggf. eines Angehörigen) zu bewältigen. Die Plattform soll dabei auch Personen ansprechen (bspw. mit Selbsttests), die bzgl. ihrer Veränderungsmotivation noch ambivalent sind.

Folgende Ansatzpunkte für die Kommunikation wurden diskutiert:

- Die **Ansprache über das Betriebliche Gesundheitsmanagement** (BGM) erscheint insbesondere in den Bereichen Alkohol und Glücksspiel sowohl für Betroffene sowie für Angehörige und Kolleginnen / Kollegen erfolgversprechend. Ein niedrigschwelliges Angebot wie die Digitale Suchtberatung könnte in diesem Kontext besonders gut kommuniziert werden.
- **Online-Marketing / Werbung** erscheint insbesondere sinnvoll für die Kommunikation des Angebotes an Personen, die bisher nicht aktiv nach Beratung suchen.
- Personen aus dem Bereich **Glücksspiel** könnten über Banken, enge Kooperationen mit Schuldnerberatungsstellen sowie Hinweisen in Spielhallen angesprochen werden. Dazu könnten Informationen zum Themenbereich Glücksspiel vermittelt sowie zu einem Besuch auf dem Portal und ggf. Die Inanspruchnahme der dortigen Angebote motiviert werden.
- **Angehörige** sollten als Zielgruppe des Beratungsangebot gezielt angesprochen werden. Da Angehörigen häufig nach Beratungsangeboten für Betroffene suchen, sollte diese Ansprache auch im Kontext von Beratung für Betroffene erfolgen.
- In der Kommunikation sollten **Auslöser für Hilfebedarf** aufgegriffen werden: eskalierende Krisen, zunehmender Leidensdruck, Zuspitzungen (Unfälle, Führerscheinverlust, drohender Jobverlust, Konflikte mit Angehörigen/Betroffenen; Beispiele Alkohol: „Ehe in Gefahr?“, „Machen Ihnen andere Leute Probleme wegen Ihres Alkoholkonsums?“, „Job in Gefahr?“)
- Die **Vorteile der Onlineberatung** sollten deutlich kommunizieren werden, um den Einstieg zu erleichtern. Insbesondere die Anonymität und der unmittelbare Zugang (schnell erste Schritte machbar; Informationsvermittlung; direkte Rückmeldung über Selbsttests)
- „Suchtberatung“ wird als eher unpassendes und unattraktives Wording für das Angebot gesehen.
- Innerhalb **junger Zielgruppen** sollten von einer eher geringen Eigenmotivation ausgegangen werden. Da Jugendliche sich nicht als süchtig bezeichnen und häufig auch (noch) nicht die Kriterien einer Abhängigkeit erfüllen, sollte auch hier der Begriff „Sucht“ eher nicht genutzt werden. Der Fokus könnte auf das häufig unterschätzte Risiko des Konsums/Verhaltens gelegt werden, sowie die relevanten „Metathemen“ Lifestyle und Gesundheitsbewusstsein. Aussagen von Testimonials, bspw. im Rahmen von Erfahrungsberichten ehemaliger Nutzerinnen und Nutzer der Digitalen Suchtberatung, könnten auf junge Zielgruppen besonders motivierend wirken. Zudem sollte die Professionalität der Beratung hervorgehoben werden.