

Paradigmenwechsel als Markenkern – das Netz als Rahmen der Suchtmedizin der Zukunft?

Michael Krausz¹, Damon Ramsey¹, Tim Neumann³, Marc Vogel², Markus Backmund⁴

¹University of British Columbia (UBC), Departement of Psychiatry, Vancouver, Canada

²Psychiatrische Universitätsklinik, Wilhelm-Klein-Straße 27, 4012 Basel, Schweiz

³Universitätsklinik Charité, Abteilung für Anästhesie, Charitéplatz 1, 10117 Berlin

⁴Ludwig-Maximilians-Universität, Innere Medizin, Marchioninistraße 15, 81077 München

Zusammenfassung

Die Reichweite der Suchtmedizin ist gering, die Qualität der Behandlung insgesamt oftmals unbefriedigend und professionelle Hilfe erfolgt in der Regel erst 10 Jahre nach den ersten Symptomen. International sehen nicht mehr als 10% der Betroffenen je einen Experten. Insgesamt kann die psychosoziale Versorgung aus strukturellen wie systemischen Gründen ihren gesellschaftlichen Auftrag nicht erfüllen. Das Missverhältnis von substituierenden Ärzten und anderen Therapeuten zum Bedarf vergrößert sich sogar. Die dynamischen Veränderungen unserer Kommunikation durch neue Technologien, insbesondere das Web, schaffen ganz neue Ansatzpunkte für einen Paradigmenwandel in der Versorgung basierend auf E-Health. Zwar gibt es solche Angebote schon seit dem Beginn des Jahrhunderts, trotzdem stehen wir noch ganz am Anfang aus den Möglichkeiten neue Realitäten zu schaffen.

Schlagwörter: E-Health, M-Health, Social Media, Suchtmedizin

Abstract

Paradigm shift as core of the matter – the web as a framework for addiction medicine in the future?

The range of addiction medicine is limited. Overall quality of care is often not satisfying and professional help is on average late only provided 10 years after first symptoms occur. Internationally only 10% of all patients had received an expert advice. Mental health and addiction care is unable to provide the appropriate support and fulfill their mandate due to structural and systemic reasons. Most likely the gap between existing capacities and needs will continue to grow.

Dynamic changes of our communication through new technologies especially through the web are providing new opportunities for paradigm shift in care based on E-health. Although there are E-health solutions since the beginning of the century we are still in the very beginning of a development, which will substantially change reality in healthcare.

Keywords: Social media, addiction medicine, E-health, M-health

1 Vorbemerkung

Technologie-Skeptiker zum Umdenken einzuladen, die Zweifler zu verunsichern oder zumindest die fachliche Kontroverse über die Möglichkeiten Internet-basierter interaktiver Systeme in der Versorgung Suchtkranker anzulegen, wäre ein Anfang, auch wenn am Ende der Lektüre nur neue Fragen auftauchen.

Wir gehen davon aus, dass wir am Beginn einer grundsätzlichen Veränderung der Medizin stehen. So ähnlich wie der iPod die Musikindustrie in den letzten 10 Jahren revolutioniert hat, wird E-Health die Medizin in den nächsten 10 Jahren revolutionieren und die psychosoziale Medizin am weitestgehenden. Das Potential ist riesig. Ein signifikanter Teil der Aktivitäten könnten unserer Meinung nach in den virtuellen Raum transferiert werden.

Nicht nur die Dynamik sozialer Netzwerke im Web macht deutlich, wie grundsätzlich sich die menschliche Kommunikation in den letzten Jahren verändert hat. Die digitale Welt ist real und dehnt sich immer weiter aus, auch die Medizin ist zunehmend davon betroffen (PWC 2014, DIVSI 2014). Die Frage bleibt gerade in sensiblen Bereichen, inwieweit das auch zu einer Weiterentwicklung des Behandlungssystems und dessen Inhalten beitragen kann. Und sind

Korrespondenzautor:

Prof. Dr. Michael Krausz
University of British Columbia (UBC)
Department of Psychiatry
Vancouver
Canada
E-Mail: M.krausz@mac.com

wir bereit und fähig, diesen Wandel insbesondere im Interesse unserer Patienten zu gestalten? Oder verharren die Professionellen in Duldungsstarre und folgen den Trommeln der Hersteller von Riesendatenbanken wie SAP und Oracle (für alle?)? Verläuft die Entwicklung auf den ausgetretenen Irrwegen der neuen Dinosaurier "Elektronic Medical Record" oder gelingt es, diese Entwicklung für einen Paradigmenwechsel in der Suchtmedizin, hin zu besserer, patientenorientierter Versorgung zu nutzen – besserer Zugang, bessere Qualität, mehr Empowerment, eine stärkere Rolle der Betroffenen?

2 Warum ist diese Entwicklung für die Suchtmedizin von besonderer Bedeutung?

Sucht ist eine der häufigsten psychischen Störungen und hat die geringsten Ressourcen zur Verfügung gemessen am Beitrag zur "burden of disease" (Lim et al. 2012). Die Ressourcen werden kaum mehr werden, wie ist es möglich, damit mehr zu erreichen? Mehr im Sinne von mehr Patienten und mehr Qualität der Hilfe.

1. Stigma und Anti-Stigma

Sucht und damit verbundene Herausforderungen sind auch heute noch in der Gesellschaft extrem stigmatisiert. Hilfe wird nicht oder zu spät gesucht, um Nachteile zu vermeiden, gerade auch von jungen Menschen, gut integrierten oder Menschen jenseits des Mainstream. Das Internet ist die Plattform schlechthin, die diese Brücken schlagen kann. Schon heute gibt es nützliche Orientierungen und Hilfen, die die nächsten Schritte erleichtern. Junge Männer zum Beispiel, sind die Hauptrisikogruppe für Substanzmissbrauch, schwer zu erreichen durch das Hilfesystem und die Hauptnutzer des Netzes.

2. Selbsthilfe und Online-Behandlung

Ist ein wichtiger und umfassender Begriff in der Suchttherapie. Selbsthilfe heute muss das Netz nutzen, um erreichte Veränderungen zu stabilisieren und zu begleiten. Von der Kommunikation der Betroffenen und die Verbreitung von persönlichen und professionellen Erfahrungen über Informationsvermittlung bis hin zu Selbsthilferessourcen. Die Entwicklung steht erst am Anfang, aber die Wirksamkeit von Online CBT ist eines der interessantesten Ergebnisse der bisherigen Entwicklung (Moritz et al. 2012).

3. Zugang zur Hilfe

Eines der wichtigsten Probleme im Suchthilfesystem ist der erschwerte Zugang. Nur eine Minderheit der Betroffenen bekommt Hilfe durch speziell ausgebildete Fachleute, insbesondere außerhalb von Großstädten (Wienberg 2001, Wang et al. 2005). Die Substitution ist in ländlichen Gegenden gefährdet, mangels entsprechend qualifizierter Ärzte. Das kann durch entsprechen-

de Lösungen verändert werden, von der integrierten Plattform (wie Snow Control, Schaub et al., www.safezone.ch) bis zur virtuellen Substitutionsklinik. EMH-Systeme würden eine ganz neue Qualität von Niedrigschwelligkeit initiieren.

4. Informierte Entscheidungen – Stages of change

Das Netz erlaubt zeitnahe Information aus neuen Quellen. Insbesondere die Erfahrungen anderer Konsumenten sind verfügbarer genauso wie wissenschaftliche Informationen und Positionen zu allen Fragen. Die Möglichkeit der Wissensaneignung wird interaktiver und vielseitiger. Wie in der Erziehung generell, wirken da auch andere Faktoren in der Umsetzung der Informationen in Entscheidungsfindungen.

5. Hilfe im Kontext, klinische Integration entlang von Bedürfnissen

Suchtkranke haben im Behandlungssystem mehr als nur die Herausforderung des Umgangs mit psychotropen Substanzen. Die Behandlung schwerer Infektionen bei Drogenkonsumenten oder komorbider affektiver Störungen, Angst oder Trauma haben enorme Auswirkungen auf Konsum und Recovery. Das Problem im Hilfesystem ist die Reduktion auf die "Sucht". Webbasierte Systeme können helfen, das zu überwinden.

6. Mehr Kapazitäten

Die große Herausforderung der nächsten Jahre ist es, mehr Patientinnen und Patienten früher zu erreichen. Webbasierte Lösungen können in wichtigen Bereichen wie Substitution, Psychotherapie, Case Management u.a. neue Kapazitäten schaffen. Ohne das wird das Missverhältnis von Behandlungskapazität und Bedarf weiter zunehmen.

7. Virtuelle Klinik als Hilfe zur Reorganisation ambulanter und stationärer Einrichtungen

Die Kontinuität der Behandlung ist ein wichtiger Erfolgsfaktor, der in aller Regel nicht angeboten wird. Die verschiedenen Settings sind voneinander getrennt und kommunizieren auch wenig miteinander. Das Netz könnte als übergreifende Plattform eine Reorganisation insgesamt ermöglichen.

Dies sind Beispiele ohne Anspruch auf Vollständigkeit, deren Berechtigung und Relevanz sich in den nächsten Jahren beweisen wird. Die Lösungen sind im Ansatz vorhanden oder konzeptionell entwickelt, die nächsten Schritte liegen in der Implementierung und Verfeinerung.

Aber nebenbei, wo wären die alternativen Lösungsstrategien in Zeiten von Ressourcenknappheit und einer wachsenden "burden of disease"? (Lim et al. 2012).

3 Hintergrund

Seit seinem Bestehen ist das Internet Thema für die Medizin. Dominante Projekte waren immer die Verbesserung der Dokumentation in großen neuen Systemen – der elektronischen Krankenakte sowie der Nutzung in der Telemedizin, um den Zugang zur Versorgung insbesondere durch Spezialisten zu erleichtern (Myers et al. 2013). In der Weiter- und Fortbildung wurde sehr früh die Reichweite genutzt, um mehr Menschen, Professionelle wie Patienten, zu erreichen.

Das waren Veränderungen, die vollständig im Rahmen der bestehenden Organisationsparadigmen der Medizin im Sinne einer Effektivierung möglich waren, voneinander unabhängig und ohne einen Paradigmenwechsel in den Bereichen einzuleiten, z.B.

- die Daten und Dokumentationshoheit an die Betroffenen zu geben und die Kommunikation im Interesse der Betroffenen zu reorganisieren, wie dies teilweise z.Z. in dem Projekt "HealthVault" von Microsoft probiert wird. Über 20 Jahre Investitionen in die elektronische Krankenakte haben vor allem unbewegliche Datenbankmonster geschaffen, die kaum Daten miteinander austauschen können, geschweige denn, den Betroffenen irgendeinen Einfluss einräumen. Nahezu keine der Versprechen wurden eingelöst.
- Die Telemedizin war insbesondere eine Verlängerung der medizinischen Werkbank. Im selben Setting wurden Patienten via Video beraten oder diagnostiziert. Ein Fortschritt für abgelegene und unterversorgte Gebiete insbesondere in Nordamerika (Myers et al. 2013). Was aber bislang nicht zu neuen Kapazitäten beitragen konnte und auch den Zugang zu Hilfe nicht prinzipiell erleichterte.
- Schließlich machte auch die Verbreitung derselben Inhalte via HTML und Web die Weiterbildung nicht zwangsläufig besser, auch wenn sie so mehr Menschen erreichte. Der analoge Charakter dieser Kommunikation und der Mangel an Interaktion sind noch heute typisch für die meisten Webseiten.

Die Verbesserungen für die Kapazität und Qualität der Versorgung waren deshalb begrenzt. Wenn auch wichtige Innovationen in den letzten 10 Jahren die Versorgung eindeutig verändert haben.

Die Implementierung von Online-Ressourcen ist begrenzt und die Systemkomponenten sind meistens voneinander getrennt. Beispiele wie die Integration einfacher Follow-ups (Lucht et al. 2014, S. ■ in dieser Ausgabe) in die Nachsorge sind eine Ausnahme. Den meisten Klinikern sind diese Möglichkeiten nicht einmal bekannt oder sie stehen ihnen skeptisch gegenüber.

Der Wechsel zum Smartphone als wichtigstem Eintrittspunkt ins Netz heute (DIFVSI 2014) reflektiert sich noch

weniger in der Organisation des Gesundheitswesens, obwohl zehntausende von Medizin Apps entwickelt worden sind (Ref■). Ihr sinnvoller Gebrauch braucht Anleitung und Integration in die Gesamtversorgung durch die medizinischen Professionellen.

Die bestehenden Suchthilfesysteme nutzen die Online-Möglichkeiten in ihren Therapieangeboten nur wenig, obwohl Qualität und Nutzen deutlich größer geworden sind. Interessante Beispiele sind:

1. Snow control (<http://www.snowcontrol.ch>) und Breaking the ice (<http://ndarc.med.unsw.edu.au/project/breaking-ice-development-online-early-intervention-program-people-using-psychostimulants-0>). Zwei Programme, die das Problem des Kokain- und Stimulantienkonsums angehen und die Nutzer erfolgreich in Konsumkontrolle und Reduktion unterstützen, wie die Evaluation zeigen konnte (► Schaub, S. ■-■ in dieser Ausgabe).
2. Down your drink (<http://www.downyourdrink.org.uk>) Wie Snow control ein Programm, das kontrolliertes Trinken unterstützt und in England gute Akzeptanz hat. Dieses Programm ist eine interaktive, webbasierte und strukturierte Intervention, die sich an "Problemtrinker" wendet, die sozial integriert sind und die Kontrolle über ihr Verhalten zurückgewinnen wollen.

Gründe für eine Neupositionierung unserer Meinung nach sind

1. Der wachsende Druck auf das Versorgungssystem Die Diskrepanz zwischen Bedarf und Angebot im Bereich der Suchttherapie weltweit wächst. Das jetzige System ist nicht in der Lage eine zeitnahe und qualitativ angemessene Behandlung (Wienberg et al. 2001) selbst in den entwickelten Ländern der Welt zu garantieren.
2. Die Verbesserung der verfügbaren Lösungen Die verfügbaren Online-Therapien insbesondere in der Depressionsbehandlung haben eine gut untersuchte exzellente Qualität (<http://www.deprexis-trials.com/>). Im Suchtbereich ist diese Entwicklung auch im Bereich des "kontrollierten Konsums" enorm vorangekommen und vielversprechend.
3. Die größere Verbreitung und Akzeptanz webbasierter Ansätze sowohl unter Professionellen, als auch Trägern zeigt das Interesse an der Integration von Online-Lösungen. Diese werden bald ein wesentliches Instrument in der Nachbehandlung sein (► Lucht, S. ■-■ in dieser Ausgabe) sowie ein Qualitätsstandard in der stationären Suchtmedizin.
4. Die Unterversorgung großer Patientengruppen Zu großen Gruppen von Betroffenen hat das Behandlungssystem wenig Zugang. Das gilt insbesondere für solche, die von Online-Hilfen und virtuellen Kliniken profitieren würden mit geringerem Konsum, höherer

sozialer Integration und mehr Ressourcen. Junge Männer sind ein gutes Beispiel, sie nutzen das Netz am meisten von allen Bevölkerungsgruppen und haben große Distanz zum Suchthilfesystem.

5. Die Qualitätsprobleme in der Suchtkrankenversorgung Die Qualität ist unbefriedigend von der Diagnostik bis zur Mitbehandlung psychischer Störungen von der Verfügbarkeit spezifischer und standardisierter Interventionen bis zur langfristigen ambulanten Behandlung.

4 Die Reichweite der Suchtmedizin

Der Zugang zum System ist sehr begrenzt (Wienberg 2001) insbesondere für die Betroffenen, die besonders von frühen Interventionen profitieren würden und für die, mit komplexen Problemen und Komorbiditäten.

Unsere Gesundheitspolitik setzt auf Chronifizierung statt Frühintervention, insbesondere in der Suchtbehandlung. Funktionierende klinische "Pathways" gibt es kaum.

In wichtigen Problembereichen gibt es keine Kapazitäten oder ein fragmentiertes System unterminiert den Erfolg. Fragmentiert in Bezug auf die Behandlungsphilosophie, die Kooperation, die Finanzierung und die Interventionen.

Die Qualität der Versorgung ist so weit unter dem Standard und der Effektivität, die sie haben könnte.

5 Potential für Veränderungen?

Die Nettoressourcen für die Suchtkrankenversorgung werden nicht größer werden, die Zahl der Experten kaum wachsen bei größer werdenden Bedarf und mehr Komplexität der Störungsbilder. Für die USA wird ein Anwachsen des Missverhältnisses zwischen Bedarf und Angebot vorhergesagt bei einer bereits miserablen Ausgangslage (Myers et al. 2013).

Die Handlungsmöglichkeiten im Rahmen des bisherigen Versorgungssystems sind sehr begrenzt. Eine kritische Systemanalyse und die Neudefinition von Prioritäten ist unumgänglich und wahrscheinlich eine Chance in einer absehbaren Herausforderung.

Welche neuen Möglichkeiten ergeben sich aus den neuen technologischen und technischen Optionen? Was verändert das Netz?

Im Kern ist das Internet die Grundlage für eine radikale Veränderung unserer Kommunikation (Myers et al. 2013, DIVFSI 2014) mit dramatischsten Folgen für Lebensweise, Kultur, Ökonomie und Gesundheitswesen, um einige zu nennen. Für die Medizin und insbesondere der Suchtmedizin sind folgende Effekte von besonderer Bedeutung:

1. Informierte Entscheidungen
Erfahrungen, wissenschaftliche und klinische Informationen sind sofort und direkt verfügbar, wenn auch in unterschiedlicher Qualität und nur mit Vorkenntnissen zu finden. Die Möglichkeiten für „informierte Entscheidungen sind besser geworden, auch wenn die Frage der Datenhoheit und Kontrolle umstritten bleibt. Die Dokumentation, Kontrolle und Verfügbarkeit von persönlichen Gesundheitsdaten ist eine Kernfrage der aktuellen Systementwicklung (siehe die individuelle Krankenakte, Microsoft HealthVault). Das ist wichtig, wenn man sich über die eigene Situation im Klaren werden muss und nach Behandlungsoptionen sucht.
2. Selbstrating und Monitoring
Die Möglichkeiten des Screening, der Psychodiagnostik und Verlaufskontrolle sind ein enormer Fortschritt. Systeme wie "Lifechart" (www.walkalong.ca), die frei verfügbaren Screeninginstrumente (s.o.) und strukturierte Interviews wie der "Addiction Severity Index" (Weblink), sind ein riesiger Schritt in Richtung besserer Indikation und Dokumentation von Verläufen.
3. Die Rolle der Beteiligten
Das Netz kann die Rolle der Patienten und ihrer Familien verändern, im Sinne von mehr Transparenz des Prozesses, der Möglichkeit von Feed back und Rating der Erfahrungen in der Behandlung, von Selbstbewertung und mehr Austausch mit Betroffenen in Chatrooms, Interessengruppen oder Netzwerken.
4. Neue therapeutische Instrumente
Viele therapeutische Techniken können auf ein Webformat übertragen werden. Technologien, wie künstliche Intelligenz, virtuelle Realität und Gaming können das sogar noch ausweiten und den Betroffenen lernende Systeme zur Verfügung stellen (z.B. Deprexis, Moritz et al. 2012). Die jetzt verfügbaren Werkzeuge sind erst der Anfang und machen Psychotherapie in ganz neuem Umfang barrierefrei verfügbar.
5. Vernetzung und Strukturierung komplexer Prozesse
Suchterkrankungen gehen in aller Regel mit körperlichen und psychischen Störungen einher, die die "Recovery" entscheidend beeinflussen. Ohne Integration der verschiedenen Anforderungen und Bedürfnisse werden wir den Patienten nicht gerecht. Das Netz kann dabei einen entscheidenden Beitrag spielen. Das Management komplexer und chronischer Erkrankungen wird eine der Hauptdomänen von E-Health in der Zukunft sein.

Es handelt sich also um eindeutig mehr als nur um technische Hilfsmittel, es handelt sich um eine andere, neue und bessere Art der Prozessgestaltung. Suchttherapie ist ein komplizierter Prozess, der in der Zukunft – wie der Rest der Medizin – wahrscheinlich im Wesentlichen in 3 Settings organisiert wird, die in ► **Abbildung 1** dargestellt werden.

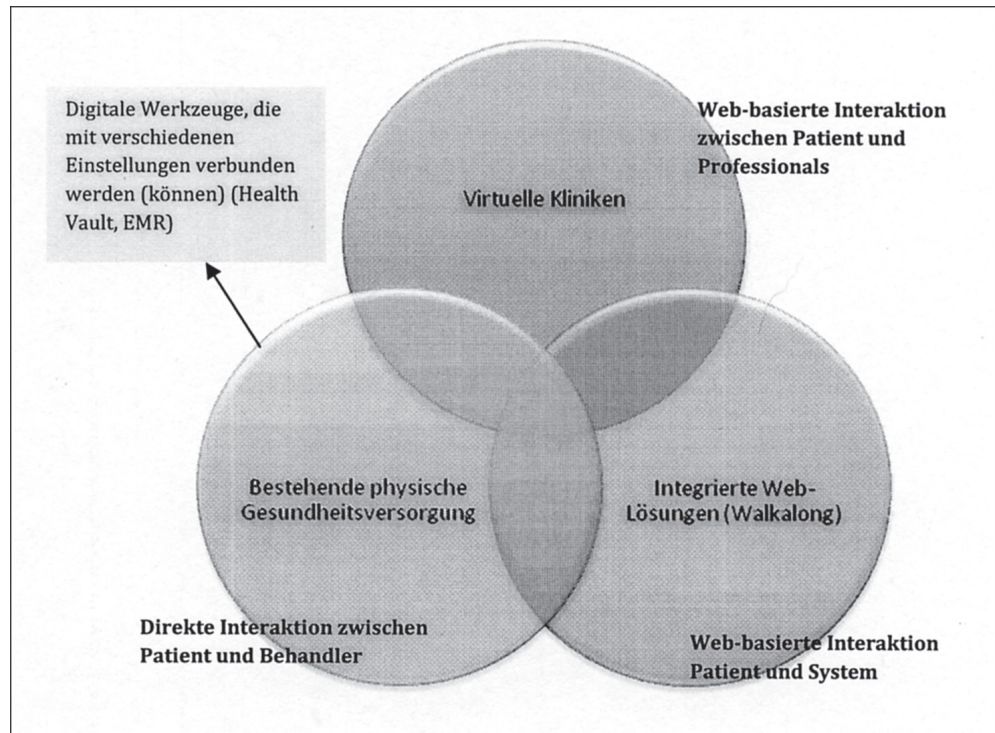


Abb. 1:
3 Settings moderner Behandlung

5 Zeit für Veränderungen

Die virtuelle Suchtklinik wird in der klinischen Realität vielleicht noch einige Jahre brauchen, um sich durchzusetzen. Das Konzept birgt dennoch den Kern einer Reorganisation, basierend auf den Möglichkeiten des Internets und auf seiner Basis funktionierender mobiler Technologien, in sich.

Heute sind medizinische Dienstleistungen zu über 90% an Krankenhäuser oder Arztpraxen gebunden, das muss sich ändern, wenn wir mehr Patienten versorgen und die Qualität verbessern wollen. Trotzdem ist die Vernetzung zwischen den drei Hauptsettings von großer Bedeutung

1. Der virtuellen Klinik (webbasierter Interaktion zwischen Professionellen und Patienten)
2. Den integrierten Webplattformen (webbasierter Interaktion zwischen System und Patienten)
3. Dem bestehenden Gesundheitswesen (direkter Interaktion zwischen Professionellen und Patienten)

Wahrscheinlich wäre es möglich über 50% der Interventionen, 80% der Diagnostik und der Dokumentation aus dem bestehenden in die virtuelle Struktur zu transferieren.

6 Wechsel auf die Zukunft oder Entpersonalisierung der Medizin?

Wie viel Versorgung gibt es denn? Unser Versorgungsangebot ist extrem begrenzt und qualitativ oft nicht überzeu-

gend. Viele effektive Therapien stehen den meisten Betroffenen in den meisten Gegenden der Welt nicht zur Verfügung, weil es dort keine Therapeuten oder Ressourcen gibt. Die 10% die jemals in ihrem Leben einen Experten treffen ist ein Beleg des Versagens der Art und Weise wie wir Hilfe organisieren. Wir lassen die Große Mehrheit der Betroffenen und ihrer Familien im Stich mit all den katastrophalen Folgen für sie und die Gesellschaft drum herum.

Es geht nicht um die Entwertung von mühsam entwickelten Beratungstechniken und Inhalten, sondern um ihre Übersetzung in eine neue Sprache. Es geht nicht um die Infragestellung mühsam erworbener therapeutischer Qualifikationen, sondern neue Wege, diese nutzbar zu machen.

Emailen, Video online und Chatrooms sind die modernen Kommunikationswege, sie sind nicht weniger persönlich als analoger oder direkter Austausch. Warum hat die digitale Interaktion diese Bedeutung erlangt oder sind das doch nur die Flausen der nächsten Generation, mit nur begrenzter Relevanz?

Der Forschungsbedarf zum Einsatz neuer Technologien ist riesig. Wie ist beispielsweise die Effektivität psychotherapeutischer Interventionen zu beurteilen, insbesondere auch im Vergleich zu den klassischen Interventionen von Angesicht zu Angesicht? Zu welchem Zeitpunkt der Störungsentwicklung sind welche Interventionen sinnvoll? Funktionieren "Stepped-care-Modelle" auch im virtuellen Raum? Auf welche Weise lassen sich personen- und internetbasierte Therapieangebote am besten vernetzen und wie kann die Diversität dieser Angebote im Sinne einer größtmöglichen Effektivität kombiniert und optimiert werden?

7 "Internetsucht" als Gegenargument?

Das Modell der "Internetsucht" ist intensiv in der Diskussion. Verhaltensmuster beim Gebrauch anderer Suchtmittel werden auf die Nutzung von Internet und Computern projiziert, um ein neues Störungsmodell zu begründen (Lit).

Das intensive Spielen am Computer Jugendlicher war die Hauptsorge (Lit). Trotzdem ist das Konzept der Verhaltenssuchte (Ref) immer noch kontrovers; ist es ein einheitliches Störungsbild oder eher ein "excessive behavior" nach Alan Marlatt (1985), ein Symptom sozialer Ängste oder eine andere Verhaltensstörung.

Das Internet schafft neue und verändert vorhandene Kommunikationsstrukturen und Verhaltensweisen. Solche Veränderungen dürfen natürlich nicht per se als pathologische Entwicklung gesehen werden, sondern bedürfen der Beurteilung im Kontext der psychosozialen Funktionsfähigkeit. Solche exzessiven Verhaltensweisen stellen auch in keiner Weise den grundsätzlichen Nutzen und das Potential der mit ihnen verbundenen Technologien in Frage.

8 Schlussfolgerungen und Voraussage

Wie jede neue Technologie hängt ihr Nutzen davon ab, in welchem Kontext sie von wem und wie eingesetzt wird. Natürlich hat auch das Internet seine Risiken, wie die Diskussion um den Schutz sensibler Daten gezeigt hat. Begründete und unbegründete Ängste in Zusammenhang mit E-Health und Datenschutz müssen ernst genommen und angegangen werden. Das Internet ist Grundlage einer umfassenden Veränderung unserer Kommunikation, die nicht mehr rückgängig zu machen ist. Die Möglichkeiten, die sich daraus für die psychosoziale Medizin ergeben, sind substantiell. Um diese Optionen zu realisieren sind eine Neuorganisation des Versorgungssystems, die Entwicklung spezifischer Lösungen auf der Grundlage von Empowerment und die Neudefinition der Rollen im Prozess des Recovery notwendig. Natürlich gilt es auch, nach wie vor bestehende Hürden beim Zugang zu neuen Medien, gerade in marginalisierten Populationen, abzubauen.

Es bedarf neuer Instrumente, um die Qualität von neuen Angeboten abzubilden, nach Effektivitätsbetrachtungen im Zusammenhang mit einzelnen randomisierten Untersuchungen müssen Methoden etabliert werden, um effiziente, akzeptierte gut vernetzte Angebote zu beschreiben, die die Zielgruppen in der Fläche auch erreichen. Wie kann Empowerment, Einbeziehung der Betroffenen, geteilte Entscheidungsfindung (Patientenautonomie, Selbsteffizienz u.a.) abgebildet werden. Hier ist viel kreative Forschung gefragt.

Menschen in Not da abzuholen, wo sie stehen und kommunizieren, ist der erste Schritt. Die Veränderung hat schon begonnen. Jetzt kommt es darauf an, sie zur Grundlage einer Reform des Systems zu nutzen, um mehr Patienten besser zu unterstützen und zu behandeln.

9 Literatur

- Blankers M, Kötter MWJ, Schippers GM. Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2011; 79(3): 330-341
- DIVSI. DIVSI U25-Studie, Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene in der digitalen Welt. Hamburg. <https://www.divsi.de/publikationen/studien/divsi-entscheider-studie-zu-vertraen-und-sicherheit-im-internet/> (2014)
- Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systemic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2010; 380(9859): 2224-2260
- Marlatt GA. Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. In: Marlatt GA, Gordon RS (eds.). *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York 1985, pp. 3-70
- Moritz S, Schilling L, Hauschildt M, Schröder J, Treszl A. A randomized controlled trial of internet-based therapy in depression. *Behav Reseach and Therapy* 2012; 50: 513-521
- Myers K, Turvey CL (eds). *Telemental Health*. 1st ed. Elsevier, London 2013
- Price Waterhouse Cooper. *Making Care Mobile: Virtualization of Health*. 2014
- Whittaker R, Borland R, Bullen C, Lin RB, McRobbie H, Rodgers A. Mobile phone-based interventions for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009; 4: 1-22
- Wienberg G, Driessen M. *Auf dem Weg zur vergessenen Mehrheit/ : innovative Konzepte für die Versorgung von Menschen mit Alkoholproblemen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn 2001
- Woodruff SI, Conway TL, Edwards CC, Elliott SP, Crittenden J. Evaluation of an Internet virtual world chat room for adolescent smoking cessation. *Addictive Behaviors* 2007; 32(9): 1769-1786