

Evaluationsbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
Förderkennzeichen:	01NVF18025
Akronym:	SmartAssistEntz
Projekttitel:	Smartphone-assistierte Abstinenzförderung nach Alkoholentzug
Autoren:	Daniela Reichl, Niklas Enewoldsen, Sebastian Saur, Catharina Lang, Katharina Achtert, Aydan Göller, Vanessa von Stülpnagel, Kiona Weisel, Lukas Fuhrmann, Matthias Berking & Sabine Steins-Loeber
Förderzeitraum:	1. Mai 2019 – 30. April 2023

Inhaltsverzeichnis

I.	Abkürzungsverzeichnis.....	4
II.	Abbildungsverzeichnis	5
III.	Tabellenverzeichnis.....	5
1.	Ziele der Evaluation	7
	Ausgangslage	7
	Ziele der Evaluation	8
2.	Darstellung des Evaluationsdesigns.....	9
	Darstellung der neuen Versorgungsform	9
	Einstellungsgespräch	10
	Einführung (Onboarding)	10
	Coaching.....	10
	SmartAssistEntz-App	11
	Darstellung des Evaluationsdesigns	13
	Forschungsdesign.....	13
	Stichprobe	13
	Fallzahlplanung	13
	Studienablauf	14
	Datenerfassung	15
	Effektevaluation	15
	Prozessevaluation.....	17
	Gesundheitsökonomische Evaluation	18
	Weitere Fragestellungen	19
	Geplante Auswertung	19

Effektevaluation	19
Prozessevaluation.....	21
Gesundheitsökonomische Evaluation	22
Weitere Fragestellungen	24
Datenlinkage	25
Qualitätssicherung	26
3. Ergebnisse der Evaluation.....	27
Rekrutierung und Studienverlauf	27
Stichprobenbeschreibung.....	32
Deskriptive Kennwerte.....	32
Kontrollgruppe	32
Interventionsgruppe.....	33
Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe.....	34
Einfluss von Dropout.....	38
Effektevaluation.....	43
Primäre Forschungshypothese (Rückfallrisiko).....	43
Sekundäre Forschungshypothesen SH1, SH2 & SH3 (key secondary outcome=zeitnahe Aufnahme Anschlussmaßnahmen & weniger Abbrüche).....	48
Sekundäre Forschungshypothese SH4 (key secondary outcome=Schwere der Alkoholabhängigkeit sowie Abhängigkeitssymptomatik).....	50
Schwere	50
Symptomatik	52
Sekundäre Forschungshypothese SH5 (Lebensqualität)	54
Sekundäre Forschungshypothesen SH6, SH7 & SH8 (mentale Gesundheit)	54
Sekundäre Forschungshypothese SH11 (Mediierende Faktoren)	55
Sekundäre Forschungshypothese SH12 & SH13 (Moderierende Faktoren)	55
Quartäre Forschungshypothesen QH1 und QH2 (explorative Analyse prädiktiver Faktoren).....	56
Prozessevaluation.....	57
Tertiäre Forschungshypothesen TH1, TH2 & TH3 (deskriptive Bewertung durch Patient*innen)	57
Tertiäre Forschungshypothesen TH 4 & TH5 (Bewertung durch Behandler*innen und Coaches).....	58
Erste und zweite Befragungswelle	58

Dritte Befragungswelle.....	59
Gesundheitsökonomische Evaluation	62
Sekundäre Forschungshypothese SH9 & SH10 (Krankheitskosten)	62
Kosteneffektivitätsanalyse	67
Kosten-Nutzwert-Analyse	71
TiC-P	75
Weitere Fragestellungen	75
Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen.....	75
Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe.....	75
Anschlussmaßnahmen in der Experimentalgruppe	77
Fazit zum Vergleich zwischen IG und KG.....	80
App-Nutzungsdaten	81
Gematchte Daten (vorhanden bei alter und neuer Version).....	81
Versions-spezifische Daten (nur vorhanden in alter ODER neuer App).....	81
Corona-Pandemie	81
Evaluation der Adhärenzfaktoren.....	82
Erstellung der Disseminationsstrategien	83
4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators.....	84
Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	84
Limitationen der Studie	89
Empfehlungen des Evaluationsteams	90
Empfehlungen für die Forschung.....	90
Empfehlungen für die Praxis.....	91
5. Literaturverzeichnis	93
6. Anhang	97
7. Anlagen	97

I. Abkürzungsverzeichnis

ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
dkfz	Deutsches Krebsforschungszentrum
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
DHS	Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen
DRKS	Deutsches Register Klinischer Studien
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. Auflage
SCID-5	Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders
IG	Interventionsgruppe
KG	Kontrollgruppe
TLFB	Timeline-Followback-Interview
SESA	Fragebogen zur Schwere der Alkoholabhängigkeit
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
OCDS-G	Obsessive Compulsive Drinking Scale, German version
EQ-5D	Telefoninterview-Version des EuroQol
WHO-5	WHO-5 Well-being Index
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale-7
MINI-SPIN	Mini - Social Phobia Inventory
PSQI	Pittsburgh Sleep Quality Index
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
TiC-P	Trimbo/iMTA Assessments for Costs Associated with Psychiatric Illness
BIS-15	Barratt Impulsiveness Scale-15
SEK-27	Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen
MAAS	Mindful Attention and Awareness Scale
SWE	Fragebogen zur Selbstwirksamkeitserwartung
SCS-KD	Self Control Scale Kurzversion, Deutsch
SOMS	Fragebogen zum Kontrollempfinden
SUS	System Usability Scale
CSQ-8	Client Satisfaction Questionnaire-8
CEQ	Credibility Expectancy Questionnaire
NEQ	Negative Effects Questionnaire
SAI	Supportive Accountability Inventory
WAI	Working Alliance Inventory
AOK-Bayern	Allgemeine Ortskrankenkasse Bayern
BAHN-BKK	Bahn-Betriebskrankenkasse
SBK	Siemens-Betriebskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
ITT	Intention to treat
PP	Per Protocol
QALY	Quality-Adjusted Life Year
NB	Nachbeobachtung
VB	Vorbeobachtung
DiD	Difference-in-Differences-Ansatz
ICER	Incremental Cost-Effectiveness Ratio
CEP	Cost-Effectiveness Plane
CEAC	Cost-Effectiveness Acceptability Curve
AUC	Area-under-the-curve

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 <i>Studienablauf</i>	15
Abbildung 2 <i>Überblick über den Einschlussprozess</i>	29
Abbildung 3 <i>Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Full Analysis Set)</i>	43
Abbildung 4 <i>Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Intention-To-Treat)</i>	45
Abbildung 5 <i>Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Per-Protocol, mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in 5 beliebigen der 6 Interventionswochen & mindestens 5 Coachings)</i>	47
Abbildung 6 <i>Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Per-Protocol, mindestens fünf Coachings)</i>	48
Abbildung 7 <i>Dauer bis zur ersten Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen</i>	49
Abbildung 8 <i>Dauer bis zum ersten Abbruch von Anschlussmaßnahmen</i>	50
Abbildung 9 <i>Cost-Effectiveness-Plane (Rückfallquote)</i>	68
Abbildung 10 <i>Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve (Rückfallquote)</i>	69
Abbildung 11 <i>Cost-Effectiveness-Plane mit imputierten Daten (Rückfallquote)</i>	70
Abbildung 12 <i>Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve mit imputierten Daten (Rückfallquote)</i>	71
Abbildung 13 <i>CEP: Kosten-Nutzwert-Analyse</i>	72
Abbildung 14 <i>Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve (QALYs)</i>	73
Abbildung 15 <i>CEP: Kosten-Nutzwert-Analyse mit imputierten Daten</i>	74
Abbildung 16 <i>Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve mit imputierten Daten (QALYs)</i>	74

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Ziele des Coachings</i>	10
Tabelle 2 <i>Einschluss- und Ausschlusskriterien</i>	13
Tabelle 3 <i>Rekrutierungszahlen</i>	28
Tabelle 4 <i>Entwicklung der Adhärenz bzgl. der telefonischen Befragungen seit Januar 2021</i>	30
Tabelle 5 <i>Durchschnittlicher Abstand der Erhebungszeitpunkte in Tagen (M[SD])</i>	30
Tabelle 6 <i>Ergebnisse der Evaluation des Willkommensgeschenks</i>	31
Tabelle 7 <i>Suizidalitätsvorkommen-Häufigkeiten</i>	31
Tabelle 8 <i>Intoxikationsvorkommen - Häufigkeiten</i>	31
Tabelle 10 <i>Häufigkeiten der verschiedenen TLFB-Kategorien</i>	33
Tabelle 11 <i>Häufigkeiten der verschiedenen AUDIT-Kategorien</i>	34
Tabelle 12 <i>Häufigkeiten der verschiedenen SCID-Kategorien</i>	34
Tabelle 13 <i>Häufigkeiten der verschiedenen SESA-Kategorien</i>	34
Tabelle 14a <i>Baseline-Daten der Interventions- und Kontrollgruppe</i>	35
Tabelle 14b <i>Demografische Baseline-Daten der Interventions- und Kontrollgruppe</i>	36
Tabelle 15a <i>Baseline-Unterschiede in Abhängigkeit vom Dropout zu den verschiedenen Zeitpunkten</i>	39
Tabelle 15b <i>Demografische-Baseline-Unterschiede in Abhängigkeit vom Dropout zu den verschiedenen Zeitpunkten</i>	41

Tabelle 16 <i>Ergebnisse der Log-Rank-Tests und Cox-Regressionen für verschiedene Stichproben</i>	47
Tabelle 17 <i>Kovariaten Cox-Regression</i>	44
Tabelle 18 <i>Ergebnisse der Mediationsanalysen mit PROCESS (Intention to treat) für den Einfluss der Gruppe auf das primäre Outcome, vermittelt über die Zeit bis zur ersten Anschlussmaßnahme</i>	55
Tabelle 19 <i>Ergebnisse der Cox-Regression zum Einfluss des Wohnorts</i>	56
Tabelle 20 <i>Ergebnisse der Mediationsanalysen mit PROCESS (Intention to treat) für den Einfluss der Gruppe auf das primäre Outcome, vermittelt über Achtsamkeit und Impulsivität</i>	56
Tabelle 22 <i>Deskriptive Ergebnisse der NEQ-Subskala Begründung durch den SmartAssistEntz-Ansatz</i>	58
Tabelle 23 <i>Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für einen 6-Monatszeitraum (Primäre Analyse)</i>	62
Tabelle 24 <i>Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für einen 6-Monatszeitraum (Primäre Analyse)</i>	63
Tabelle 25 <i>Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für 6-Monatszeitraum (Gesamte Gruppe, Sensitivitätsanalyse)</i>	68
Tabelle 26 <i>Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für 6-Monatszeitraum (Gesamte Gruppe, Sensitivitätsanalyse)</i>	65
Tabelle 27 <i>Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für 12-Monatszeitraum (Subpopulation, Sensitivitätsanalyse)</i>	69
Tabelle 28 <i>Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für einen 12-Monatszeitraum (Subpopulation, Sensitivitätsanalyse)</i>	66
Tabelle 29 <i>Kosteneffektivitätsanalyse</i>	67
Tabelle 30 <i>Kosteneffektivitätsanalyse mit imputierten Daten</i>	69
Tabelle 31 <i>Kosten-Nutzen-Analyse</i>	71
Tabelle 32 <i>Kosten-Nutzwert-Analyse mit imputierten Daten</i>	73

1. Ziele der Evaluation

Ausgangslage

Im Jahr 2015 war die Störungskategorie aus dem ICD-10 (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ die zweithäufigste Diagnose in deutschen Krankenhäusern (Deutsches Krebsforschungszentrum [dkfz], 2017). Darunter fällt unter anderem das Abhängigkeitssyndrom (F10.2), wobei unter deutschen Erwachsenen eine Prävalenzrate von ca. 3 % angenommen wird (Rehm et al., 2015). Eine Alkoholabhängigkeit ist mit einer erhöhten Morbidität (insbesondere gastrointestinale, kardiovaskuläre und neurologische Probleme; Gossop et al., 2007) und Mortalität assoziiert (Roerecke & Rehm, 2013). Diese Problematik geht einher mit einer äußerst hohen Rückfallrate. Agarwalla, Koss, und Küchenhoff (2017) berichten beispielsweise eine Rückfallquote von mehr als 50 % in den ersten beiden Jahren nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung. Insgesamt handelt es sich also um eine häufige psychische Erkrankung mit chronischem Verlauf und weitreichenden, negativen, gesundheitlichen Folgen. Das deutsche Gesundheitssystem wird dadurch mit erheblichen direkten und indirekten Kosten belastet (dkfz, 2017). Die Bandbreite prinzipiell zur Verfügung stehender Behandlungsangebote ist groß und divergiert erheblich in Bezug auf inhaltlichen Fokus, Setting und die verantwortlichen Kostenträger (Thaler, Specht, Künzel & Braun, 2017). Dennoch kommt es in der Versorgung alkoholkranker Personen zu bedeutsamen Schnittstellenproblemen (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [AWMF], 2014; Buchholz et al., 2022; Günthner et al., 2018; Manthey, Laramée, Parrott & Rehm, 2016; Röhrig et al., 2011; Thaler et al., 2017). Insgesamt werden nur etwa 16 % der Betroffenen im Suchthilfesystem betreut, stationäre Rehabilitationsbehandlungen nehmen ca. 1.8 % in Anspruch (Kraus, Piontek, Pfeiffer-Gerschel & Rehm, 2015).

Die geringe Inanspruchnahme einer Behandlung könnte aus struktureller Perspektive v.a. aus der unzureichenden Vernetzung und Kooperation in essenziellen Schnittstellen des deutschen Suchthilfesystems resultieren (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen [DHS], 2020; Röhrig et al., 2011). Als besonders relevantes Schnittstellenproblem kann der Übergang von der Entzugsbehandlung zu nachfolgenden Versorgungsmaßnahmen gesehen werden (Weissingner, 2019). Es ist davon auszugehen, dass der überwiegende Teil der Patient*innen nach erfolgter Entzugsbehandlung keine Anschlussmaßnahmen in Anspruch nimmt (Günthner et al., 2018), obwohl dies die Rückfallwahrscheinlichkeit signifikant reduzieren kann (Czapla et al., 2016; Mann et al., 2017). Bei Agarwalla et al. (2017) werden nach einer qualifizierten Entzugsbehandlung, welche auf eine Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen abzielt und somit einer rein körperlichen Entgiftung vorzuziehen ist (Mann et al., 2017), immerhin 27 % der Patient*innen in eine Langzeittherapie weitervermittelt, wobei diese Rate aber höher ist als in anderen Studien (Agarwalla et al., 2017). Zur Lösung des Schnittstellenproblems wurden in einigen Entzugskliniken Nahtlosverfahren eingeführt, die mittels reduzierten Antragsanforderungen einen direkten Übergang von der Entzugs- zur Rehabilitationsbehandlung ermöglichen sollen. Allerdings gibt es noch keine flächendeckende Umsetzung (Weissingner, 2019).

Da mit der Entlassung der Behandlungsauftrag einer Entzugseinrichtung abgeschlossen ist, unterbleibt oft eine systematische Unterstützung bei der Identifikation passender Angebote, deren zeitnahe Aufnahme sowie beim Überwinden von Problemen mit der nachhaltigen Nutzung dieser Angebote. Unterstützungsleistungen dieser Art können nicht von Nachbehandlungseinrichtungen übernommen werden, weil die Patient*innen an diese eben noch nicht (bzw. noch ungenügend) angebunden sind. Reine Vermittlungsangebote beziehen sich oft nur auf eine Untermenge der verfügbaren Angebote (z.B. das der Kassenärztlichen Vereinigung zur Vermittlung ambulanter Psychotherapieplätze). In der Folge bleiben viele Patient*innen in einer Phase maximalen Rückfallrisikos ohne qualifizierte Unterstützung (AWMF, 2014; Günthner et al., 2018; Stender et al., 2015).

Mobiltelefonische und webbasierte Interventionen könnten als vielversprechende Schnittstellen-Angebote fungieren (Hilty et al., 2018; Lucht et al., 2014). Das Potenzial smartphonebasierter Ansätze basiert u.a. auf (1) der großen Zahl von Studien, die die Effektivität internetbasierter Interventionen für ein breites Spektrum von psychischen Störungen und Versorgungskontexten nachweisen (Ebert et al., 2018), (2) der rapiden Zunahme der Nutzung von Smartphones und Mental-Health-Apps (Hilty et al., 2018) und (3) überzeugenden Belegen für die Wirksamkeit webbasierter Tele-Nachsorge nach stationärer Entwöhnungstherapie von alkoholabhängigen Patient*innen (Missel, Kramer & Arens, 2015). Trotz dieser Evidenz fehlt im deutschen Versorgungssystem bislang ein validierter Ansatz zur Unterstützung der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen nach erfolgtem Entzug.

Die neue Versorgungsform SmartAssistEntz soll diese Schnittstellenprobleme in der Behandlungskette überwinden. Mittels Smartphone-App und Telefon-Coaching soll sie Patient*innen nach erfolgter stationärer Entzugsbehandlung dabei unterstützen, zeitnah individuell passende Anschlussmaßnahmen zu identifizieren, in Anspruch zu nehmen und nachhaltig zu nutzen und somit das Rückfallrisiko reduzieren. Gleichzeitig sollen zu diesem Zweck in der Übergangsphase relevante Kompetenzen (z.B. soziale und emotionale Kompetenzen) via App trainiert werden.

Dies würde insgesamt zu einer bedeutsamen Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung von alkoholabhängigen Patient*innen führen. Da verschiedene Nachversorgungsbereiche, -einrichtungen und -berufsgruppen adressiert werden, fördert SmartAssistEntz außerdem die transsektorische Integration und die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an der Betreuung von alkoholabhängigen Patient*innen beteiligten Institutionen und Berufsgruppen.

Ziele der Evaluation

Als übergeordnete Fragestellung soll durch die Evaluation geklärt werden, inwieweit sich mit Hilfe von SmartAssistEntz die Nutzung evidenzbasierter Anschlussbehandlungen nach einer stationären Alkohol-Entzugsbehandlung (Entgiftung, Entzug oder qualifizierter Entzug) effektiv fördern lässt und inwieweit sich dadurch das Rückfallrisiko innerhalb der ersten sechs Monate nach Randomisierung und direkte sowie indirekte Krankheitskosten reduzieren lassen. Konkret sollen zu diesem Zweck die folgenden Hypothesen getestet werden:

Primäre Forschungshypothese: Patient*innen, die nach der stationären Entzugsbehandlung an SmartAssistEntz teilgenommen haben, weisen innerhalb der ersten sechs Monate nach Randomisierung ein signifikant geringeres Rückfallrisiko auf als Patient*innen, die nur Zugriff auf die Regelversorgung haben.

Sekundäre Forschungshypothesen (SH) – key secondary outcomes

SH1: Die Teilnahme an SmartAssistEntz führt im Vergleich zum Zugang zur Regelversorgung zu einer vermehrten Aufnahme evidenzbasierter Anschlussbehandlungen nach stationärer Entzugsbehandlung.

SH2: Die Teilnahme an SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer zeitnaheren Nutzung evidenzbasierter Anschlussbehandlungen nach stationärer Entzugsbehandlung.

SH3: Die Teilnahme an SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer nachhaltigeren (= weniger Abbrüche) Nutzung evidenzbasierter Anschlussbehandlungen nach stationärer Entzugsbehandlung.

SH4: SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer stärkeren Reduktion der Schwere der Alkoholabhängigkeit.

Sekundäre Forschungshypothesen (SH) – other secondary outcomes

SH5: SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer stärkeren Zunahme der Lebensqualität.

SH6: SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer positiven Entwicklung depressiver Symptomatik.

SH7: SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer positiven Entwicklung ängstlicher Symptomatik.

SH8: SmartAssistEntz führt im Vergleich zur Regelversorgung zu einer positiven Entwicklung des Schlafs.

SH9: Patient*innen, die an SmartAssistEntz teilgenommen haben, verursachen im Jahr nach der Behandlung weniger direkte Krankheitskosten als Patient*innen, die lediglich Zugriff auf die Regelversorgung haben.

SH10: Patient*innen, die an SmartAssistEntz teilgenommen haben, verursachen im Jahr nach der Behandlung weniger indirekte Krankheitskosten als Patient*innen, die lediglich Zugriff auf die Regelversorgung haben.

SH11: Etwaige Effekte von SmartAssistEntz auf Rückfallrisiko, Symptomschwere, Lebensqualität werden durch die mit SmartAssistEntz einhergehende Förderung der nachhaltigen Inanspruchnahme von Anschlussbehandlungen bedingt (bzw. „mediert“).

SH12: Etwaige Zusatzeffekte der Intervention sind bei Personen mit geringerer Bildung stärker ausgeprägt als bei Personen mit höherer Bildung.

SH13: Etwaige Zusatzeffekte der Intervention sind bei Personen mit einem Wohnort in weniger gut versorgten Regionen stärker ausgeprägt als bei Personen mit Wohnort in besser versorgten Regionen.

Tertiäre Forschungshypothesen (TH)

TH1: Patient*innen, die SmartAssistEntz genutzt haben, bewerten die App insgesamt subjektiv als hilfreich und unterstützend.

TH2: Patient*innen, die SmartAssistEntz genutzt haben, bewerten das Coaching insgesamt subjektiv als hilfreich und unterstützend.

TH3: Patient*innen, die SmartAssistEntz genutzt haben, bewerten den SmartAssistEntz-Ansatz insgesamt subjektiv als hilfreich und unterstützend.

TH4: Das stationäre Behandlungspersonal bewertet den SmartAssistEntz-Ansatz subjektiv als sinnvoll und hilfreich.

TH5: Die Vertragspsychotherapeut*innen, die das Coaching durchführen, bewerten den SmartAssistEntz-Ansatz subjektiv als sinnvoll und hilfreich.

Quartäre Forschungshypothesen (QH) – Explorative Analysen

QH1: Etwaige Effekte des SmartAssistEntz-Ansatzes auf die Abhängigkeitsproblematik stehen in Zusammenhang mit der Verbesserung kompetenzbezogener Wirkvariablen.

QH2: Etwaige Effekte des SmartAssistEntz-Ansatzes auf die Abhängigkeitsproblematik stehen in Zusammenhang mit der Ausprägung relevanter Risikofaktoren.

2. Darstellung des Evaluationsdesigns

Darstellung der neuen Versorgungsform

Die Zielgruppe von SmartAssistEntz waren alkoholabhängige Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres, die in einem stationären Aufenthalt eine Entgiftung, einen Entzug oder einen qualifizierten Entzug absolvierten oder bereits erfolgreich absolviert haben.

Um die somit nach wie vor in vielen Fällen brüchige Behandlungskette nach dem Entzug zu schließen, soll SmartAssistEntz als neue Versorgungsform die Patient*innen nach dem Entzug

bei Identifikation, Aufnahme und nachhaltiger Nutzung von evidenzbasierten Anschlussmaßnahmen unterstützen. Somit erhielten Betroffene in einer Phase, die sich durch ein hohes Rückfallrisiko auszeichnet, Unterstützung.

Das SmartAssistEntz-Programm setzte sich aus den folgenden Bausteinen zusammen:

Einstellungsgespräch

Die Einstimmung von Patient*innen erfolgte in den teilnehmenden Kliniken vor Entlassung aus der stationären Entzugsbehandlung. Sobald die Behandlung fortgeschritten war, sodass die Patient*innen aufnahmefähig waren, führte ein*e Klinikpsycholog*in ein Gespräch (ca. 30 Minuten) durch, um über die Inhalte des SmartAssistEntz-Programms zu informieren und die Bedeutung von Anschlussbehandlungen für den nachhaltigen Erfolg des Entzugs herauszuarbeiten. Diese Klinikpsycholog*innen wurden eigens für die neue Versorgungsform von den teilnehmenden Kliniken angestellt und trugen in Zusammenarbeit mit Coaches, die nach Entlassung ein telefonisches Coaching bereitstellten, zur Identifikation passender Anschlussmaßnahmen bei (z.B. Reha-Einrichtungen zur Entwöhnungstherapie, ambulante Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen, Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen).

Einführung (Onboarding)

Nach erfolgreicher Randomisierung halfen die Klinikpsycholog*innen den Patient*innen der Interventionsgruppe bei der Installation der SmartAssistEntz-App auf dem Smartphone und führten die Patient*innen in die Funktionen der App sowie in das begleitende telefonische Coaching ein.

Sofern im Einstellungsgespräch bereits potenziell passende Anschlussmaßnahmen identifiziert wurden, übertrugen die Klinikpsycholog*innen diese in das Studienmanagementsystem. Diese Information konnte der Coach abrufen, um sie anschließend bei der telemetrischen Erfassung relevanter Indikatoren zur Identifikation und nachhaltigen Aufnahme passender Anschlussmaßnahmen zu berücksichtigen.

Coaching

Nach Beendigung der stationären Behandlung und Entlassung in den häuslichen Bereich der Betroffenen fand für sechs Wochen ein wöchentliches Telecoaching im Umfang von ca. 30 Minuten pro Gespräch durch den Coach statt. Neben dem Telecoaching wurden Patient*innen durchgehend über die SmartAssistEntz-App betreut und erhielten auf Wunsch Unterstützung per Chat, z.B. hinsichtlich Organisation und Beziehungspflege. Die Ziele des Coachings sind in Tabelle 1 beschrieben.

Tabelle 1
Ziele des Coachings

Ziel	Methoden
Erfolgreiche Überführung in weiterführende Anschlussmaßnahmen	Unterstützung bei der Identifikation und beim Aufsuchen passender Anschlussmaßnahmen Erarbeitung, welche Maßnahmen zu den Bedürfnissen der Patient*innen passen Unterstützung bei Schwierigkeiten in der Aufnahme einer Anschlussmaßnahme

Ziel	Methoden
Motivation	Motivationsaufbau bzgl. Abstinenz und Anschlussmaßnahmen Motivationsaufrechterhaltung bzgl. Abstinenz und Anschlussmaßnahmen
Unterstützung in schwierigen Situationen	Erstellung eines Notfallplans Unterstützung im Umgang mit Rückfällen
Inhaltliche und motivationale Unterstützung bei der Nutzung der App	Hinweise, welche App-Inhalte zur Situation der Patient*innen passen könnten Besprechung relevanter App-Inhalte Förderung regelmäßiger App-Nutzung

Die Coaches waren approbierte psychologische Psychotherapeutinnen und wurden von der Konsortialführung hinsichtlich ihrer Erfahrung mit alkoholkranken Personen ausgewählt und intensiv geschult (individuell und in der Gruppe, regelmäßige Intervision). Der Coach als zentrales Element im Versorgungsvertrag betreute und begleitete die teilnehmenden Versicherten und war die zentrale Koordinationsstelle zwischen den teilnehmenden Kliniken und den Einrichtungen, die Anschlussmaßnahmen nach einem stationären Aufenthalt zur Verfügung stellten. Zudem hatte der Coach die Aufgabe, den Versorgungsverlauf intensiv zu begleiten. Hierdurch sollte die integrative Leistungserbringung der Krankenhäuser und sonstiger Leistungserbringer unterstützt werden.

SmartAssistEntz-App

- Assistenz bei der Identifikation und Nutzung möglicher Anschlussmaßnahmen, indem sowohl relevante Institutionen als auch die schnellste Route zu einer ausgewählten Einrichtung angezeigt wurden (zusammen mit dem Coaching)
- Systematische Förderung der Abstinenzmotivation durch Trainings von Kompetenzen, die mit abstinenzfördernden Inhalten assoziiert sind und auf evidenzbasierten Techniken der kognitiven Verhaltenstherapie, der motivierenden Gesprächsführung sowie neurokognitiven Trainings beruhen.
- Plattform für inhaltliche Unterstützung per Chats mit dem Coach
- Unterstützung in Risikosituationen durch einen Notfallbereich mit Notfallplan und Notfallkontakten
- Jede Kompetenz wurde durch verschiedene Trainings geübt, die wiederum aus mehreren Aufgaben bestehen

Die Inhalte der App wurden von der Universität Erlangen-Nürnberg entwickelt. Die Konzeption der App erfolgte durch die mentalis GmbH.

Die im Rahmen der von der mentalis GmbH durchgeführten Prozessevaluation gewonnenen Erkenntnisse (siehe Kapitel 3) wurden von der mentalis GmbH für eine agile Optimierung der App genutzt. Zum einen gab es Layout-Anpassungen (Menügestaltung: z.B. Farben und Icons; Inhaltsdarstellung: z.B. Video statt Text; Avatargestaltung; FAQ-Bereich; Anzeigen auf dem Startbildschirm: z.B. Informationen über Coaching-Termine, Hilfsangebote, Abstinenztage, Anzahl Favoriten und Nutzung des Motivationsbereichs) und technische Verbesserungen (Einstellungsmöglichkeiten: z.B. Reminder; verschiedene Modalitäten innerhalb einer Aufgabe: z.B. Audio aufnehmen & Text schreiben; Eingabevorschlüsse auf Basis vorheriger Eingaben). Weiterhin wurde die Struktur der Kompetenzen angepasst. Beispielsweise wurde die ursprüngliche Kompetenz *Entspannen & Genießen* in zwei Kompetenzen *Entspannen* und *Genießen lernen* aufgeteilt, während die Kompetenzen *Risikosituationen erkennen* und *Risikositua-*

tionen bewältigen zusammengefasst wurden zu *Risikosituationen meistern*. Vorherige Aufgaben zum Übergang von der Klinik in den Alltag aus verschiedenen Kompetenzen wurden in einer neuen Kompetenz *Zu Hause im Alltag* zusammengefasst. Die Kompetenzen *appstinence kennenlernen*, *Hilfsangebote: Hindernisse überwinden*, *Hilfsangebote kennenlernen* und *Hilfsangebote neu wählen* sowie *Übung macht den Meister* existieren in der neuen Version nicht mehr als eigene Kompetenzen. Dafür gibt es nun eine *Indikatorik* (Aufgaben als Ausgangspunkt zur individuellen Gestaltung/Adaption des Therapieplans über einen Algorithmus). Auch gab es innerhalb der Kompetenzen bzw. der Bereiche Änderungen (z.B. Notfallschritte im Notfallbereich; Vertiefungsoption einer Kompetenz mit weiteren Trainings; Anpassung von Event-basierten Trainings, z.B. bei Rückfall, hohem Craving, Abstinenz nach Rückfall und Inaktivität; Adaption des Therapieplans je nach Präferenzen für bestimmte Trainings). Die Änderungen traten ab dem 11.01.21 in Kraft. Die erste App-Version haben 108 Personen erhalten, die zweite App-Version 67 Personen.

Die Trainings der zweiten App-Version adressierten die folgenden Kompetenzen/Bereiche:

- Entspannen: Atemübung, Progressive Muskelentspannung (Kurz- und Langformen, Selbstinstruktion)
- Genießen lernen: Genussstraining, Genuss-Entspannungsübung
- Meine Zukunft planen: Wünsche und Ziele für die Zukunft
- Motivation: Gründe für Abstinenz, Gründe für die Nutzung von appstinence, Folgen des Konsums, Abschiednehmen vom Alkohol
- Risikosituationen meistern: Erkennen typischer Risikosituationen, Umgang mit Suchtdruck, Umgang mit sozialem Druck, Umgang mit intensiven Gefühlen, Umgang mit Risikogedanken
- Rückfallbewältigung: Aus dem Rückfall aussteigen, Hilfe suchen, aus dem Rückfall lernen, ehrlicher Umgang mit dem Rückfall, hilfreiche Einstellungen zum Rückfall
- Rückfälle verhindern: Rückfälle verstehen, innere Ausrutscher erkennen, trotz Ausrutscher weitermachen
- Selbstunterstützung: Selbstmitgefühl, Selbstlob und Selbsttrost, Lebensfreude, sich selbst Kraft und Mut schenken
- Selbstwert stärken: Fokus auf Positives, freundlicher Umgang mit sich selbst
- Soziale Kompetenzen verbessern: soziales Netzwerk erstellen, soziale Kontakte erhalten ohne Alkohol, mit Streit umgehen, neue Freundschaften knüpfen
- Stärken und Erfolge nutzen: Stärken und Erfolge kennenlernen, Stärken für Abstinenz nutzen
- Stress bewältigen: Wissen über Stress, Ausgleich und Erholung, Alltagsstruktur
- Umgang mit Gefühlen: Funktionen von Gefühlen, Gefühle wahrnehmen, Gefühle erkennen, Gefühle verstehen, Gefühle akzeptieren, Gefühle beeinflussen
- Zu Hause im Alltag: Rückschau auf Klinikerfahrungen, Wiederentdecken, Zuhause wiederentdecken, Erfahrungen in der Klinik teilen
- Notfallplan zur Überwindung von Rückfällen

Die App wurde insgesamt sechs Monate zur Verfügung gestellt, wovon die ersten sechs Wochen jeweils wöchentliche, 30-minütige Begleitung durch die Coaches erfolgte.

Die technische Umsetzung der Schnittstelle zwischen Patient und Coach der SmartAssistEntz-App basierte auf einer verschlüsselten digitalen Plattform.

Darstellung des Evaluationsdesigns

Forschungsdesign

Die Beantwortung der Fragestellungen bzw. die Testung der abgeleiteten Hypothesen erfolgte im Rahmen einer prospektiven, randomisiert-kontrollierten Studie. In dieser wurden die Effekte der Implementierung von SmartAssistEntz durch den Vergleich der Interventionsgruppe (IG = SmartAssistEntz Intervention, bestehend aus App und Coaching) mit einer Warte-Kontrollgruppe (KG = Zugang zur App ohne Coaching nach 6 Monaten) in Bezug auf die Veränderung relevanter Zielgrößen bestimmt, wobei alle Proband*innen Zugang zur Regelversorgung hatten.

Die Studie wurde vor Beginn beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS; www.drks.de; DRKS00017700) registriert. Die Registrierung wurde am 30.08.19 eingereicht und am 04.09.19 bewilligt. Die Primärstudie SmartAssistEntz wurde von der Ethikkommission der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bewilligt (Nummer: 193_19 B).

Stichprobe

Die intendierte Stichprobe stellen entsprechend der Zielgruppe der neuen Versorgungsform alkoholabhängige Personen ab Vollendung des 18. Lebensjahres dar, die stationär eine Entgiftung, einen Entzug oder einen qualifizierten Entzug absolvierten oder bereits erfolgreich absolviert hatten und sich noch in der behandelnden Klinik befanden.

Die Studie setzte die folgenden Ein- und Ausschlusskriterien voraus (siehe Tabelle 2). Diagnosen wurden hierbei mithilfe des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-5 (SCID-5; First, Williams, Karg & Spitzer, 2019) gestellt.

Tabelle 2

Einschluss- und Ausschlusskriterien

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Mindestens 18 Jahre alt	Lebenszeitdiagnose Schizophrenie (F20) oder Behandlung wegen akuter schizophre- nieformer Psychose von mehr als 4 Wochen
Schriftliche Einverständnis nach entspre- chender Aufklärung	Geplante Teilnahme an einer stationären Anschlussmaßnahme direkt im Anschluss an Klinikaufenthalt (z.B. Teilnahme am Naht- losverfahren mit geplanter medizinischer Rehabilitation)
Alkoholkonsumstörung nach DSM-5	Akute Suizidalität
Stationäre Entgiftung in der Klinik aufge- nommen	Sprachliche oder neurokognitive Barriere
Gültige E-Mailadresse	Beschluss über Klinikdauer hinaus
Android Betriebssystem (Version 5 oder hö- her)	Betreuung im Bereich Gesundheit oder Ver- mögen mit Einwilligungsvorbehalt

Fallzahlplanung

Die mit STATA (Version 14.2) durchgeführte Fallzahlkalkulation bezog sich auf die primäre Hypothese, dass das Rückfallrisiko in der IG signifikant unter der in der KG liegt. Anhand einer Reanalyse von Vorbefunden (Czapla et al., 2016) wurde bei angenommener 6-Monats-Rückfallrisiko in der KG von 80 % von einer absoluten Risikoreduktion von 25 % in der IG ausgegan- gen. Bei einem konventionell gesetzten Alpha von 0.05 bedurfte es einer Stichprobengröße

von $N=309$ Patient*innen, um den Effekt mit Hilfe einer Survival-Analyse (Cox-Proportional-Hazard-Modell) mit einer Power von 0.8 absichern zu können. In den vorhandenen Daten konnten auch Prädiktoren für den Rückfall identifiziert und als Kovariaten ins Cox-Proportional-Hazard-Modell aufgenommen werden, sodass bei den Endauswertungen auch Effekte unterhalb einer absoluten Rückfallrisikoreduktion von 25 % mit einer Power von 0.8 getestet werden können.

Weiterhin sollte die zu erwartende Dropout-Rate kompensiert werden. In zwei unabhängigen eigenen Untersuchungen haben wir bezüglich der telefonischen Erreichbarkeit der Patient*innen Dropout-Raten von 11 % (Loeber, Croissant, Heinz, Mann & Flor, 2006) bzw. 14 % (Czapla et al., 2016) beobachtet. Vor diesem Hintergrund wurde in der aktuellen Studie eine Dropout-Rate von 13 % als aufgerundeter Mittelwert aus beiden Studien antizipiert. Auf der Grundlage des so ermittelten Schätzwertes sollten zum Ausgleich für den erwarteten Dropout insgesamt $N=356$ Personen in die Studie aufgenommen werden. Um eine ausreichende Rekrutierung zu gewährleisten, wurden die monatlich zu erreichenden Rekrutierungsziele in allen Einrichtungen kontinuierlich systematisch erfasst.

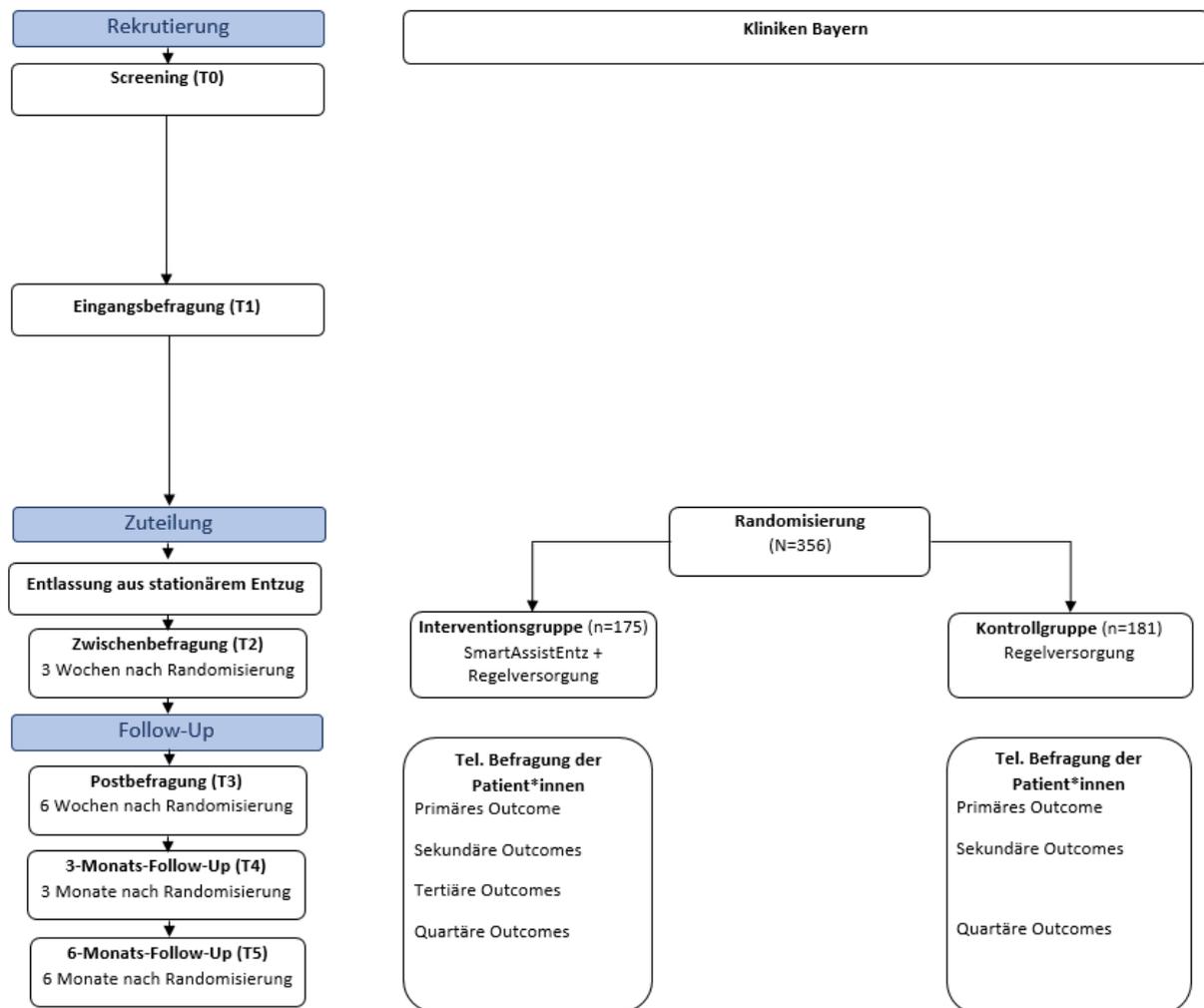
Studienablauf

Zunächst erfolgte in den teilnehmenden Kliniken vor Abschluss der stationären Entzugsbehandlung ein 30-minütiges Studieninformationsgespräch, in dem potenzielle Proband*innen über Ziele und Vorgehensweisen der SmartAssistEntz-Studie aufgeklärt wurden. An einer Studienteilnahme interessierte Patient*innen konnten dann ihre informierte Zustimmung zur Studienteilnahme sowie die datenschutzrechtliche Einverständniserklärung abgeben. Im nächsten Schritt erfolgte durch die Klinikpsycholog*innen zunächst das Screening im Hinblick auf Ein- und Ausschlusskriterien (T0). Anschließend führte die Evaluationsstelle (Universität Bamberg) die Eingangsbefragung (T1) durch, in der die Baseline-Werte aller interessierenden Parameter erhoben wurden. Anschließend erfolgte die Zufallszuweisung der Patient*innen zu einer der beiden Studienbedingungen. Hierfür wurde von der Evaluationsstelle eine Randomisierungsliste erstellt, die im System hinterlegt wurde (blockweise Randomisierung mit Blockgröße=4). Nach der Befragung leitete die Evaluationsstelle die Randomisierung ein. Das Ergebnis war dann den Klinikpsycholog*innen sichtbar, die es den Proband*innen bekannt gaben. Die Allokationssequenz war den Klinikpsycholog*innen nicht bekannt (allocation concealment), sodass kein Bias durch eine bewusste Zuweisung zur IG oder KG entstehen konnte. Die Evaluationsstelle selbst blieb verblindet. Die Proband*innen der KG nahmen von diesem Zeitpunkt an ausschließlich an den diagnostischen Maßnahmen der Studie (Interviews drei Wochen, sechs Wochen, drei Monate und sechs Monate nach T1) und die Proband*innen der IG sowohl an den diagnostischen als auch an den Interventions-Maßnahmen (App und telefonisches Coaching) teil. Die folgende Abbildung 1 veranschaulicht den Studienverlauf. Die telefonischen Interviews wurden durch die Universität Bamberg koordiniert und durchgeführt. Um die Verblindung der Universität Bamberg hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit nicht zu gefährden, wurden die interventionsbezogenen Daten (T2 und T3.2) von unabhängigen Diagnostiker*innen auf Honorarbasis durchgeführt, welche entblindet waren.

Beteiligt als Rekrutierungszentren waren die folgenden Kliniken: Bezirksklinikum Ansbach, Frankenalb-Klinik Engelthal, Klinikum am Europakanal Erlangen, Klinikum der Universität München, Klinikum Nürnberg (Standort Nord), Krankenhaus Altdorf, Universitätsklinikum Erlangen und Bezirkskrankenhaus Lohr.

Alle Patient*innen erhielten auf Wunsch eine Aufwandsentschädigung von 12,50 € pro absolviertem Interview. Seit Dezember 2020 erhielten die Patient*innen zusätzlich eine Powerbank im Wert von 11 € als Willkommensgeschenk. Seit März 2021 erhielten die Patient*innen für das letzte Interview (T5) 25 €. Diese Maßnahmen wurden mit dem Ziel der Adhärenzsteigerung eingeführt.

Abbildung 1
Studienablauf



Beim beteiligten Personal wurde die Zufriedenheit mit SmartAssistEntz mit Hilfe von qualitativen Einzelinterviews in drei Wellen erfasst. Die erste Welle fand in Projektmonat 10 (Februar 2020), die zweite in Projektmonat 13 (Mai 2020) und die dritte nach Auslaufen der Behandlungsleistung statt (stationäre Leistungserbringer: bis Juni 2021; ambulante Leistungserbringer: März 2021).

Datenerfassung

Die selbst konzipierten Fragen finden sich in Anlage 1.

Effektevaluation

Die internen Konsistenzen in Form von Cronbach's α (jeweils für den ersten verfügbaren Erhebungszeitpunkt) für die Fragebögen sind in Klammern angegeben.

Zur Ermittlung des primären Outcome-Parameters „Rückfallrisiko“ innerhalb der ersten sechs Monate nach Randomisierung (s. Primäre Forschungshypothese), welches sowohl die Häufigkeit eines Rückfalls als auch die Tage bis zum ersten Rückfall berücksichtigt, erfolgte die Erfassung des Trinkverhaltens mit Hilfe des Timeline-Followback-Interviews (TLFB), eines Interviewverfahrens zur Erfassung des Trinkverhaltens nach Behandlung (Sobell & Sobell, 1996). Aus den Angaben wurden als Variablen für die Analysen die durchschnittliche Anzahl der Trinktage pro Woche, die durchschnittliche Alkoholmenge in Gramm pro Tag sowie die Anzahl

der Tage bis zum ersten Rückfall berechnet. Schließlich wurden noch Dummy-Kategorien erstellt (1 Getränk = 10gr Alkohol): durchschnittlich 0 Getränke pro Tag (symptom-free), 1-3 Getränke (near-to-symptom-free/geringer Konsum), 4-9 Getränke (hoher Konsum) sowie >9 Getränke (sehr hoher Konsum). Für eine differenzierte Analyse der Rückfälle wurden diese in starke und leichte Rückfälle differenziert. Starker Rückfall wurde als Konsum von mindestens 60 Gramm Ethanol für Männer und 40 Gramm Ethanol für Frauen an fünf aufeinander folgenden Tagen definiert (Loeber et al., 2006). Da sich die fünf aufeinander folgenden Tage nicht anhand der erhobenen Daten berechnen lassen, wurden die gemittelten konsumierten Gramm Ethanol pro Trinktag verwendet. Inwieweit, wann und welche Anschlussbehandlungen aufgenommen, wie lange diese genutzt und warum sie ggf. abgebrochen wurden (s. SH1-3), wurde im Rahmen selbst konzipierter Fragen erfasst. Variablen von Interesse waren dabei, ob und zu welchem Zeitpunkt die erste Anschlussmaßnahme aufgenommen wurde sowie ob und zu welchem Zeitpunkt das erste Mal eine Anschlussmaßnahme abgebrochen wurde.

Die Schwere der Alkoholabhängigkeit (s. SH4) wurde über den Fragebogen zur Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA¹; $\alpha=93$; John, Hapke & Rumpf, 2001), die deutsche Version des Alcohol Use Disorder Identification Test² (AUDIT; $\alpha=.74$; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro Maristela G, 2001) sowie die Anzahl der erfüllten Kriterien im Strukturierten Klinischen Interview für DSM-5 (SCID-5; First et al., 2019) erhoben. Für die SESA wurden anhand von Perzentilen Dummy-Kategorien erstellt: Kategorie 1 (symptom-free; 0-25%), Kategorie 2 (near-to-symptom-free; 25-75%) und Kategorie 3 (hohe Symptomatik; 75-100%) mit mehr als 20 Punkten. Für den AUDIT wurden entsprechend des Manuals vier Dummy-Kategorien erstellt: Kategorie 1 (unauffällig/symptom-free) mit weniger als 8 Punkten, Kategorie 2 (medium Level an Alkoholproblemen/ near-to-symptom-free) mit 8-15 Punkten, Kategorie 3 (hohes Level) mit 16-19 Punkten, Kategorie 4 (hohe Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit) mit mehr als 20 Punkten. Für den SCID wurden entsprechend der DSM-5-Einteilung der Schweregrade vier Dummy-Kategorien erstellt: Kategorie 1 (symptom-free) mit keinem oder einem erfüllten Kriterium, Kategorie 2 (mild/near-to-symptom-free) mit 2-3 Kriterien, Kategorie 3 (moderat) mit 4-5 Kriterien, Kategorie 4 (schwer) mit sechs oder mehr Kriterien. Craving als weiterer Schwereindikator wurde über die Kurzform der Obsessive Compulsive Drinking Scale (OCDS-G; $\alpha=86$; Wildt et al., 2005) erfasst. Die Lebensqualität (s. SH5) wurde mittels der validierten Telefoninterview-Version des EuroQol (EQ-5D; $\alpha=67$; EuroQol Research Foundation, 2018) und dem WHO-5 Well-being Index (WHO-5; $\alpha=87$; Bech, 2004) erhoben. Eine depressive Symptomatik (SH6) wurde mit dem entsprechenden Modul des Gesundheitsbogens für Patient*innen (PHQ-9; $\alpha=.81$; Gräfe, Zipfel, Herzog & Löwe, 2004), eine ängstliche Symptomatik (SH7) mit dem GAD-7 ($\alpha=.84$) (Löwe et al., 2007) und mit dem Soziale-Phobie-Inventar (MINI-SPIN; $\alpha=.78$; Wiltink et al., 2017) und die Schlafqualität (SH8) mit einem Item des Pittsburgh Schlafqualitätsindex (PSQI; Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfer, 1989) erhoben. Das letzte Item des PHQ-9 (Gräfe et al., 2004) wurde weiterhin verwendet, um im Hinblick auf Suizidalität zu screenen. Bei einem Wert größer 1 wurde ein systematisches Suizidalitäts-Protokoll durchgeführt, bei dem die Distanzierungsfähigkeit der Patient*innen und die Akutheit der Suizidalität abgeklärt wurden. Bei mangelnder Distanzierungsfähigkeit konnte in letzter Instanz die Polizei verständigt werden. Auch erhielten die Patient*innen Kontaktadressen von Hilfsinstitutionen. Der Cut-off-Wert wurde am 09.07.2020 aufgrund der hohen Sensitivität auf 2 angehoben. Neben den GKV-Routinedaten kam zudem der als Interview implementierte und

¹ Genutzt wurden nur die Subskalen Einengung auf den Konsum, Körperliche Entzugssymptome, Konsum zur Vermeidung von Entzugssymptomen, Psychische Entzugssymptome, da sich die anderen Skalen zur Toleranzentwicklung auf die Lebensspanne beziehen und damit auch den Zeitraum vor der Entzugsbehandlung abdecken. Alle Fragen wurden an den 6-Monats-Zeitraum angepasst.

² Bezogen auf die letzten 12 Monate für die ersten 33 Proband*innen zu T1 bzw. die ersten zehn Proband*innen zu T3.1 (Stichtag 11.3.20; betrifft T4 und T5 noch nicht). Danach angepasst auf 6 Monate (T1 und T5) bzw. 6 Wochen (T3.1) bzw. 3 Monate (T4), um eine Vergleichbarkeit mit anderen Outcomes (SCID, SESA, Trinkverhalten) herzustellen.

an Alkohol sowie das deutsche Behandlungssetting adaptierte TiC-P (Trimbo/iMTA Assessments for Costs Associated with Psychiatric Illness; Hakkaart-van Roijen et al., 2002) zur Erhebung der Krankheitskosten zum Einsatz (Reliabilität & Validität siehe Bouwmans et al., 2013). Zur Überprüfung der quartären Hypothesen (s. QH1, 2) wurden die Konstrukte Impulsivität (Barratt Impulsiveness Scale BIS-15; $\alpha=86$; Meule, Vögele & Kübler, 2011), Emotionsregulationskompetenz (Fragebogen zur Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen SEK-27; $\alpha=95$; Berking & Znoj, 2008), Achtsamkeitskompetenz (Mindful Attention and Awareness Scale MAAS; $\alpha=89$; Michalak, Heidenreich, Ströhle & Nachtigall, 2008), Selbstwirksamkeitserwartung (Skala zur allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung SWE; $\alpha=90$; Schwarzer & Jerusalem, 1999), Selbstkontrolle (Self Control Scale SCS-KD; $\alpha=82$; Bertrams & Dickhäuser, 2009), Kontrollempfinden (SOMS; $\alpha=.74$; Pearlin & Schooler, 1978) und Need for Affect (Need for Affect Questionnaire; Subskalen Annäherung an Emotionen $\alpha=.58$ und Vermeidung von Emotionen $\alpha=.56$; Maio & Esses, 2001) erfasst. Mittels eigens entwickelter Fragen wurden zudem Alkoholvergangenheit, Abstinenzziel und -zuversicht, weitere Risikofaktoren (z.B. Langeweile, Einsamkeit) erhoben. Das Vorliegen einer Schizophrenie (Ausschlusskriterium) und weiterer komorbider psychischer Störungen erfolgte durch die Abfrage im Rahmen des Screening-Interviews (T0), also durch die Selbstauskunft der Patienten.

Die Interviews dauerten im Schnitt etwa 30-45 Minuten. Im April 2020 wurde die Möglichkeit einer Kurzversion der Befragung eingeführt, wenn Proband*innen die Studie aus zeitlichen Gründen abbrechen wollten. Diese umfasste die Fragen aus dem TLFB (T3.1, T4 und T5; Sobell & Sobell, 1996) bzw. zur Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen (T2 und T3.2).

Zur qualitativen Evaluation des Willkommensgeschenks wurden den Proband*innen folgende Fragen am Ende des T3.1-Interviews gestellt: „Finden Sie das Geschenk nützlich?“ (warum bzw. warum nicht), „Haben Sie sich über das Geschenk gefreut?“ (warum bzw. warum nicht), „Wirkt sich das Geschenk auf Ihre Bereitschaft aus, an den Befragungen teilzunehmen?“ (warum bzw. warum nicht).

Im Juni 2020 wurden weiterhin selbstentwickelte Fragen hinsichtlich der Auswirkungen der Corona-Pandemie auf verschiedene Lebensbereiche ergänzt.

Prozessevaluation

Zur Erhebung der tertiären Zielparameter Usability und Zufriedenheit mit SmartAssistEntz (s. TH1-3) wurden die Patient*innen unter anderem mit Hilfe einer an die Intervention angepassten Variante der System Usability Scale (SUS; $\alpha=.86$; Brooke, 1996) befragt. Des Weiteren wurden die Zufriedenheit mithilfe der deutschen Version des Client Satisfaction Questionnaire-8 (CSQ-8; $\alpha=.64$; Attkisson & Zwick, 1982), die (Erfüllung von) Erwartungen (vor bzw. nach Erhalt der Intervention) mit dem Credibility Expectancy Questionnaire (CEQ; $\alpha=87$; Devilly & Borkovec, 2000; Subskalen Überzeugung vom Training (credibility; $\alpha=.77$) und Erwartung an Effekte (expectancy; $\alpha=.88$), die negativen Effekte im Interventionszeitraum mit dem Negative Effects Questionnaire (NEQ; Rozental, Kottorp, Boettcher, Andersson & Carlbring, 2016; aufgeteilt in *Auftreten* ($\alpha=.70$) und *Ausmaß* negativer Effekte ($\alpha=.75$) sowie Begründung in der SmartAssistEntz-Intervention), die Beziehung zum Coach mit dem adaptierten Supportive Accountability Inventory (SAI; $\alpha=.67$; Meyerhoff, Haldar & Mohr, 2021), die therapeutische Allianz mit dem Working Alliance Inventory (WAI; $\alpha=.89$; Wilmers et al., 2008; Subskalen zur Bewertung der Inhalte (task; $\alpha=.87$), der Ziele (goal; $\alpha=.79$) und der Beziehung zum Coach (bond; $\alpha=.84$)) und schließlich die empfundene Nützlichkeit mit selbst entwickelten Fragen erhoben (Wie nützlich fanden Sie die App/das das Coaching in den letzten drei Wochen? 1 = nicht nützlich, 2 = wenig nützlich, 3 = mäßig nützlich, 4 = nützlich, 5 = sehr nützlich). Hinsichtlich der App-Nutzung wurden die Dropout-Gründe (Dropout=vorzeitiger Abbruch der App-Nutzung) und die Dauer der Trainingsnutzung (Häufigkeit in den letzten 3 Wochen: 1 = nie, 2 = einmal wöchentlich, 3 = mehrmals wöchentlich, 4 = einmal täglich 5 = mehrmals täglich; Minuten pro Tag im Durchschnitt) erfasst.

Erste und zweite Befragungswelle

Die beiden ersten qualitativen Erfassungswellen der Zufriedenheit des beteiligten Personals dienten zur Gewinnung von Information zur agilen Optimierung der Intervention und wurden daher von der Universität Erlangen-Nürnberg in Kooperation mit der mentalis GmbH durchgeführt. Als Fallzahl wurden 6-10 Teilnehmende anvisiert, da dies der üblichen Größe einer Fokusgruppe entspricht, welche jedoch durch Einzelinterviews ersetzt wurde. Bei der Auswahl der Teilnehmenden wurde darauf geachtet, dass sowohl beide aktiven Coaches als auch Klinikpsycholog*innen unterschiedlicher Kliniken in der Stichprobe sind, um beide Behandlungsbereiche abzudecken. Insgesamt wurden neun Behandler*innen (rekrutierende Klinikpsycholog*innen und Coaches) in jeweils ca. 60-minütigen semistrukturierten Interviews via Video-Chat befragt (Interviewleitfaden in Anlage 5). Die Form des Video-Chats wurde gewählt, um über Screen-Sharing die Screens der App zu teilen. So konnten Funktionen der ersten App-Version für ein entsprechendes Feedback nochmals in Erinnerung gerufen werden. Bereits vorhandene Erkenntnisse zur ersten App-Version wurden im Rahmen eines App-Prototyps umgesetzt, sodass im Sinne der zweiten Welle im Video-Chat mit einem Click-Dummy ein Usability-Test mit den Behandler*innen durchgeführt werden konnte. Somit konnten die erste und zweite Welle der Prozessevaluation zusammen durchgeführt werden entsprechend Teil 1 und Teil 2 der neun Interviews, die im Mai 2020 stattfanden (Projektmonat 13). Die Interviews konzentrierten sich neben inhaltlichen Aspekten auch stark auf Usability-Aspekte, um die Handhabung der App auf Basis der agilen Interventionsentwicklung zu verbessern. Themen waren dabei u.a. die Darstellung des Dashboards, die wahrgenommene Nützlichkeit einzelner App-Funktionen und die Therapieplanerstellung mittels Algorithmus im Prototyp. Die gewonnenen Auskünfte der ersten beiden Wellen wurden, sofern umsetzbar, unmittelbar im Sinne der agilen Interventionsentwicklung umgesetzt und in die Entwicklung und Finalisierung der zweiten App-Version einbezogen.

Dritte Befragungswelle

Für die dritte und letzte Welle wurden die SmartAssistEntz-Behandler*innen durch die inav GmbH im Rahmen von telefonischen Interviews befragt (Interviewleitfaden in Anlage 2). Diese fanden im Juni 2021 (Projektmonat 26) statt. Hierbei wurde ermittelt, ob sie den SmartAssistEntz-Ansatz subjektiv als sinnvoll und hilfreich erachteten. Bei Fallzahl und Teilnehmerauswahl wurden dieselben Kriterien wie bei den ersten beiden Befragungswellen angewendet. Es wurden hierfür sechs Behandler*innen aus den teilnehmenden Kliniken und zwei Coaches in ca. 30-minütigen Interviews befragt. Themen der Interviews waren etwa die anfänglichen Erwartungen der Behandler*innen an die neue Versorgungsform, ihre konkreten Erfahrungen mit der App, dem Coaching und der Kommunikation untereinander und mit den Patient*innen. Zusätzlich gab eine Bewertung seitens der Befragten Aufschluss darüber, welche spezielle Rolle das App-gestützte Anschlussprogramm bezüglich der Auswirkungen der Corona-Pandemie einnahm und ob es insgesamt Vorteile gegenüber der Regelversorgung bot.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Im Rahmen der gesundheitsökonomischen Evaluation wurde die Inanspruchnahme von gesundheitlichen Leistungen durch die inav GmbH mit Hilfe der Routinedaten der Allgemeine Ortskrankenkasse Bayern (AOK-Bayern), der Bahn-Betriebskrankenkasse (BAHN-BKK) und der Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) erfasst. Dabei handelte es sich um Abrechnungsdaten zu den stationären und ambulanten Leistungen, den Arzneimitteln, den Heil- und Hilfsmitteln und der Arbeitsunfähigkeit (AU).

Für die Analyse wurden die Daten zunächst nach den Hauptdiagnosen ICD 10 F10.x oder F19.2 für Alkoholabhängigkeit gefiltert. Bei den ambulanten Daten wurden nur gesicherte Diagnosen berücksichtigt.

(Gesamt-)Kosten

Bei den Kosten handelt es sich um indikationsspezifische Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel und Arbeitsunfähigkeit. In den Analysen werden diese Kostenkomponenten zu direkte Krankheitskosten, indirekte Krankheitskosten und Gesamtkosten zusammengefasst. Unter direkte Krankheitskosten werden folgende Komponenten eingeschlossen: Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen, Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel. Die indirekten Krankheitskosten umfasst das krankheitsspezifische Krankengeld.

Weitere Fragestellungen

Evaluation der Adhärenzfaktoren

Für die Evaluation der Adhärenzfaktoren zur Intervention wurden Proband*innen der IG durch die Konsortialführung befragt, nachdem bei ihnen die Datenerhebung für die primäre Studie abgeschlossen war. Hierzu wurde gezielt versucht, Teilnehmende zu befragen, die sich hinsichtlich ihrer Adhärenz zur Intervention (operationalisiert über die Teilnahme am Coaching) unterschieden. Nach Rekrutierungsschwierigkeiten bestand die finale Stichprobe aus 20 Proband*innen, von denen 18 alle sechs Coachings und zwei nur drei Coachings wahrgenommen hatten, was wiederum der Adhärenzverteilung der gesamten IG nahe kommt. Die ca. 30- bis 45-minütigen, semistrukturierten Interviews erfolgten telefonisch auf Basis eines vorab definierten Leitfadens (Interviewleitfaden in Anlage 3). Fragen bezogen sich auf Dropout-Gründe, individuelle Erwartungen an die Intervention, hilfreiche und hinderliche Faktoren der Intervention sowie zur Beziehung der Teilnehmenden zu den Coaches.

Erstellung der Disseminationsstrategien

Für die Erstellung der Disseminationsstrategien wurden vor Abschluss des Projekts via Videokonferenzdienst und persönlich vor Ort semistrukturierte Interviews mit sechs Klinikmitarbeiter*innen durchgeführt. Es wurde hierbei darauf geachtet, dass sich die Befragten hinsichtlich ihrer Rolle im Projekt unterschieden, um Meinungen und Ideen unterschiedlicher Klinik-Organisationsstufen einzuholen. So wurden drei Klinikpsycholog*innen, zwei Oberärzt*innen und ein Chefarzt anhand eines vorab definierten Leitfadens (Interviewleitfaden in Anlage 4) interviewt. Die Leitfragen der Interviews waren dabei, wie sich SmartAssistEntz am besten in die bestehenden Gesundheitsdienste integrieren bzw. implementieren ließe, welche Herausforderungen sich dabei ergeben würden und wie diese Herausforderungen bewältigt werden könnten.

Geplante Auswertung

Im Rahmen von Vorauswertungen wurden alle erhobenen Variablen deskriptiv erfasst und in Bezug auf das Zutreffen der Voraussetzungen für den Einsatz der geplanten Analysemethoden analysiert.

Effektevaluation

In den sich anschließenden Effektivitätsanalysen wurde als primäre Auswertung der Unterschied zwischen IG und KG im Hinblick auf das Risiko eines Rückfalls im Zeitraum von sechs Monaten nach Randomisierung untersucht. Dies wurde mit Hilfe von Log-Rank-Test und Cox-Regressionsanalyse getestet. Dieses statistische Vorgehen wurde ebenfalls angewandt, um den Einfluss der Intervention auf das Vorhandensein und den Abbruch einer Anschlussmaßnahme zu jedem Messzeitpunkt zu erfassen. Die Testung der sekundären Forschungshypothesen zur Reduktion von Craving, Konsummenge, Depressivität, Ängstlichkeit sowie der Verbesserung der Lebensqualität und Schlaf erfolgte unter Nutzung von Mehrebenenmodellen unter

Adjustierung des entsprechenden Baseline-Scores, Alter, Geschlecht und Klinik. Bei Korrelationen zwischen einem oder mehreren Messzeitpunkten von mindestens mittlerer Größe (≥ 3) wurden Autokorrelationen der Messzeitpunkte im Modell berücksichtigt. Die Anzahl an Trinktagen wurde aufgrund von Überdispersion mittels negativ-binomialen Regressionen, die Schwere der Alkoholkonsumstörung sowie die Summe der SCID Kriterien, die erfüllt wurden, mittels proportional odds ordinalen logistischen Regressionen berechnet. Auch in diesen Modellen erfolgte eine Adjustierung des entsprechenden Baseline-Scores sowie von Alter, Geschlecht und Klinik. Der etwaige vermittelnde Effekt einer in Anspruch genommenen Anschlussmaßnahme wurde mit Hilfe von regressionsanalytischen Methoden untersucht für alle Zielparameter, die durch die Intervention signifikant beeinflusst wurden. Der etwaige moderierende Effekt von Wohnort (Gemeinden, Dörfer oder Kleinstadt vs. Mittelstadt vs. Großstadt³) und Bildung hinsichtlich des primären Outcomes wurde ebenfalls mittels solcher Prozeduren untersucht. Die Beziehung zum Coach, die empfundene Nützlichkeit und die Bewertung der Intervention mittels CSQ (Attkisson & Zwick, 1982), SUS (Brooke, 1996), NEQ (Rozental et al., 2016), CEQ (Deville & Borkovec, 2000), SAI (Meyerhoff et al., 2021) und WAI (Wilmers et al., 2008) wurden deskriptiv ausgewertet. Für die quartären Hypothesen wurden multiple lineare Regressionsmodelle und Mediationsanalysen berechnet.

Für die Analysen der primären und sekundären Hypothesen wurden zunächst gemäß Präspezifikation alle Fälle, für die mindestens eine Post-Randomisierungs-Messung vorlag (Full Analysis Set; FAS) analysiert. Zusätzlich wurde eine Sensitivitätsanalyse gerechnet, in der alle Personen nach dem Intention-To-Treat (ITT-Prinzip) analysiert wurden sowie eine weitere Sensitivitätsanalyse, in der alle Personen, die vorzeitig aus den Befragungen ausgeschieden sind, zum Zeitpunkt des Ausscheidens als rückfällig kodiert wurden. Des Weiteren wurden fehlende Werte durch multiple Imputation mittels multipler Regressionsmethoden (linear und logistisch, $n=24$ aufgrund 24% fehlender Werte, maximale Modellparameter=5000, Maximale Anzahl gezogener Fälle=100, Maximale Anzahl gezogener Parameter=100, Hilfsvariablen aus Baseline-Erhebung und Screening, Minimum, Maximum und Runden der Werte entsprechend Fragebogenvorgaben, ggf. Neuberechnung der Scores) berechnet, um den Einfluss von Dropouts zu minimieren (Sullivan, White, Salter, Ryan & Lee, 2018). Für die sekundären Outcomes wurde das FAS nach gleicher Definition wie beim primären Outcome sowie multiple Imputation mit chained equations (mittels des mice-package in R, version 3.16) unter der Missing-at-random-Annahme verwendet. Die Anzahl an Imputationen betrug mindestens 50, wurde jedoch mittels eines Zwei-Schritt-Verfahrens (von Hippel, 2020) angepasst. Für die Analysen, die mittels Multilevel-Modellen berechnet wurden, wurde die 2-Level-Struktur in die Imputation einbezogen. Neben dem Analyse-Modell wurden alle verfügbaren sekundären Outcomes, die Baseline-Werte der sekundären Outcomes und demographische Baselinevariablen als Hilfsvariablen verwendet. Um Konvergenzprobleme zu vermeiden, sind die Hilfsvariablen nur dann in das finale Imputationsmodell eingeflossen, wenn die Korrelation mit dem zu imputierenden Outcome mindestens $r > 0.3$ betrug. Alle sekundären Outcomes wurden einzeln imputiert.

Zusätzlich wurden Analysen zum Rückfallrisiko (primäre Hypothese) nochmal durchgeführt, indem fehlende Werte als rückfällig kodiert wurden, orientiert am aktuell gültigen Katamnesestandard der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie & Therapie e.V., 2001). So wurde für einen Selektionsbias aufgrund eines Dropouts rückfälliger Personen kontrolliert (Schulgen & Schumacher, 2002).

³Gemeinde, Dorf, Kleinstadt: <20000 Einwohner*innen; Mittelstadt: 20000 bis <100000; Großstadt: ab 100000, wobei die Kategorie „Gemeinden, Dörfer, Kleinstadt“ als Indikator für eine vergleichsweise schlechtere Versorgung dient.

Außerdem wurde als Sensitivitätsanalyse für die primäre Analyse ein Per-Protocol(PP)-Kollektiv hinsichtlich der Interventionsnutzung (Cut-offs: mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in 5 beliebigen der 6 Interventionswochen und mindestens fünf Coachings), der Coaching-Nutzung (mindestens fünf Coachings) sowie der App-Nutzung (Cut-off: mindestens 15 Minuten pro Woche in 5 beliebigen der 6 Interventionswochen) gebildet und der gleichen Auswertung unterzogen (Survivalanalyse für Rückfallrisiko innerhalb der ersten sechs Monate nach Randomisierung; nur FAS). Die gewählten Cut-off-Werte für die Per-Protocol-Analyse basieren auf der Nutzungsempfehlung, die gegenüber den Studienteilnehmenden ausgesprochen wurde. Die Nutzungsempfehlung entsprach 15 Minuten App-Nutzung pro Woche, wobei diese in einer Woche nicht erfüllt werden musste, sodass mind. in fünf der sechs Wochen die 15 Minuten erreicht worden sein mussten. Das gleiche Kriterium wurde für die Coachings verwendet, sodass mind. fünf von sechs Coachings in Anspruch genommen werden mussten. Studienteilnehmende konnten diesen Anspruch in unterschiedlichen Wochen erfüllen, d.h. dass das Kriterium der App-Nutzung in anderen fünf Wochen als das Coaching-Nutzungskriterium erfüllt sein konnte. Um den Einfluss der Intervention nochmal auf einer dimensional Ebene abschätzen zu können, wurden die durchschnittliche Minutenzahl pro Woche sowie die Anzahl abgeschlossener Coachings als Prädiktor in ein Cox-Survivalmodell aufgenommen (Rückfallrisiko innerhalb der ersten sechs Monate nach Randomisierung; nur FAS). Die Nutzungsdauer bezieht sich auf das aktive Nutzen der App. Dies bedeutet, dass die App geöffnet und der Smartphone-Bildschirm an sein muss. Wenn für mehr als fünf Minuten keine Aktivität der App oder des/der Nutzer*in aufgezeichnet wird, wird die Nutzungssitzung als beendet angesehen und zum Zeitpunkt der letzten aufgezeichneten Aktivität abgespeichert. Wenn für mehr als 30 Minuten keine Aktivität der/des Nutzer*in stattfindet, wird die Nutzungssitzung ebenfalls als beendet angesehen und zum Zeitpunkt der letzten aufgezeichneten Aktivität abgespeichert. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn der/die Nutzer*in keinen oder einen sehr langen Bildschirm-Time-Out eingerichtet hat.

Hinsichtlich der App-Nutzung wurden außerdem die abgeschlossenen Kompetenzen, die Nutzung der verschiedenen App-Bereiche (z.B. Notfallbereich) sowie Statistiken zur Chat-Nutzung, zu Notfallkontakten und zu Hilfsangeboten berichtet.

Die Daten wurden mit Excel (Professional 2016), Python (v.3.7.6; Pakete *os*, *sys*, *time*, *datetime*, *pandas*, *numpy*), R (v.4.3) und IBM SPSS Statistics 28 aufbereitet. Die Analysen wurden mit R (v.4.3., Pakete *survival* version 3.5, *lme4* version 1.1-35.1), IBM SPSS Statistics 28 und dem Makro PROCESS (v3.5) durchgeführt (Hayes, 2018). Die Mediationsanalysen mit imputierten Daten wurden in R (v.4.1.1; Pakete *readxl* und *mediation*) durchgeführt, da PROCESS nicht mit imputierten Datensets arbeiten kann.

Prozessevaluation

Erste und zweite Befragungswelle

Die Daten der ersten Welle wurden von der Konsortialführung, die Daten der zweiten Welle von der mentalis GmbH aufbereitet sowie qualitativ und – wenn Skalen in den Interviews zum Einsatz kamen – quantitativ ausgewertet. Bei der qualitativen Analyse beider Befragungswellen wurden die Aussagen der Behandler*innen gemäß einem Kategoriensystem (positives / negatives / neutrales Feedback) kodiert, um das Feedback zu einzelnen App-Funktionen systematisch beschreiben zu können. Weitere Kategorien wurden sowohl induktiv als auch deduktiv ermittelt. Die Kategorien wurden in einer gemeinsamen Excel mit den Interview-Rohdaten durch entsprechende Markierungen und Hervorhebungen der zusammengefassten Aussagen der Interview-Teilnehmenden gesammelt.

Dritte Befragungswelle

Die Daten der dritten Welle wurden mithilfe von MAXQDA[®] 2018, einer Software zur qualitativen Daten- und Textanalyse, ausgewertet. Die Analyse erfolgte nach der inhaltlich-strukturierenden Variante der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Kuckartz, 2012; Mayring, 2010). Kern der inhaltlich-strukturierenden Vorgehensweise ist es, am Material ausgewählte inhaltliche Aspekte zu identifizieren, zu konzeptualisieren und das Material systematisch zu beschreiben.

Zunächst wurden die Interviewprotokolle anhand von induktiven und deduktiven Kategorien – sogenannten Codes – analysiert. Unabhängig von ihrem Entwicklungsmodus werden in der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse alle Codes in ein gemeinsames Kategoriensystem integriert (Bückner, 2020; Gläser & Laudel, 2013).

Hierbei handelt es sich um ein hierarchisches System. Das bedeutet, dass feste Oberkategorien in Subkategorien gegliedert wurden, um den Analyseprozess zu spezifizieren (Rädiker & U. Kuckartz, 2019). Die Kategorien wurden aus der im Evaluationskonzept formulierten Fragestellung gebildet und um weitere Kategorien ergänzt, die im Zuge der Interviews genannt wurden. Die Handhabbarkeit und Zufriedenheit mit SmartAssistEntz konnten so abschließend geprüft und konkrete Handlungsempfehlungen zur Optimierung der Intervention und der Implementierung abgeleitet werden.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Die gesundheitsökonomische Evaluation gliederte sich in mehrere Teilanalysen. Zunächst wurde eine Krankheitskostenanalyse (direkte und indirekte Krankheitskosten, Gesamtkosten) aus der Perspektive der Kostenträger anhand der Routinedaten der beteiligten Krankenkassen durchgeführt. Darüber hinaus wurden die Ergebnisse der Kostenanalysen, ausgedrückt als mittlere Gesamtkosten pro Teilnehmendem, in Relation zu den Effektparametern gesetzt, einerseits anhand einer inkrementellen Kosten-Effektivitäts-Analyse (Kosten pro reduziertem Rückfall) durchgeführt und andererseits anhand einer Kosten-Nutzwert-Analyse (Kosten pro gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr, QALY). Aufgrund der Verlängerung der Rekrutierungszeit lagen die Routinedaten für 52 Personen nicht mehr in dem der AOK Bayern mitgeteilten Beobachtungszeitraum. Für diese Studienteilnehmenden wurden keine patientenindividuellen, sondern gemittelte Werte für die IG und KG bzgl. Vor- und Nachbeobachtungszeitraum seitens der Krankenkasse berechnet und für die Analysen zur Verfügung gestellt. Die Kostenanalysen wurden primär für die Patient*innen mit patientenindividuellen Daten und einen Zeitraum von 6 Monaten durchgeführt. Weiterhin wurden als Subgruppenanalysen Kostenanalysen für einen Zeitraum von 12 Monaten durchgeführt, sowie mit den Daten der gesamten Studienpopulation (inkl. Teilnehmenden mit gemittelten Werten).

Krankheitskosten-Analyse

Für die Kostenträgerperspektive wurden die Kosten der Leistungsanspruchnahme (wie z.B. Anzahl der voll- und teilstationären (psychiatrischen) Krankenhausaufenthalte, stationäre psychiatrische Wiederaufnahme, Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen, Medikation, Inanspruchnahme von Heilmitteln, Inanspruchnahme von Hilfsmitteln etc.) anhand der GKV-Routinedaten identifiziert.

Die Kostenberechnung implizierte die Berechnung von Durchschnittswerten pro Beobachtungszeitraum. Dabei wurden folgende Kostenkomponenten der Versorgungskosten analysiert:

- Kosten der stationären Versorgung (krankheitsspezifisch)
- Kosten der ambulanten Versorgung (krankheitsspezifisch)
- Arzneimittel-Kosten
- Heilmittel-Kosten

- Hilfsmittel-Kosten
- Kosten der Arbeitsunfähigkeit
- Gesamtkosten

Die ermittelten Kosten wurden zwischen den Gruppen (IG vs. KG) sowie im Zeitverlauf analysiert und verglichen. Zunächst erfolgte eine deskriptive Auswertung.

Danach wurde die Veränderung zwischen dem Vorbeobachtungszeitraum und dem Nachbeobachtungszeitraum pro Gruppe ermittelt, wobei sich eine Reduktion der Kosten in negativen und eine Zunahme der Kosten in positiven Werten darstellt. Daraufhin wurde die Differenz der IG von der Differenz der KG abgezogen. Für die Kosten wurde dadurch folgende Differenz betrachtet:

$$\Delta\text{Kosten} = (\text{Kosten}_{NB}^{IG} - \text{Kosten}_{VB}^{IG}) - (\text{Kosten}_{NB}^{KG} - \text{Kosten}_{VB}^{KG})$$

IG = Interventionsgruppe

KG = Kontrollgruppe

NB = Nachbeobachtung

VB = Vorbeobachtung

Für die statistische Bewertung der Gruppenunterschiede in der Veränderung der krankheitsspezifischen Gesamtkosten wurden einseitige t-tests durchgeführt.

Da es sich bei den abhängigen Variablen um Kosten handelte, die bekanntermaßen sehr schief und von starken Ausreißern geprägt sein können, wurden die Ergebnisse der t-tests auf ihre Validität und Robustheit getestet. Zu diesem Zweck wurde zusätzlich ein nicht-parametrisches Bootstrapping mit 5.000 Wiederholungen durchgeführt.

Kosten-Effektivitäts-Analyse und Kosten-Nutzwert-Analyse

Für die Kosten-Effektivitäts-Analyse und die Kosten-Nutzwert-Analyse wurde auf den Difference-in-Differences-Ansatz (DiD) zurückgegriffen. Dabei handelt es sich um eine quasi-experimentelle ökonomische Methode (Babu, Gajanan & Hallam, 2017). Hierfür wurde die Änderung zwischen Baseline (T1) und Follow-up (T5) pro Gruppe (IG und KG) ermittelt und anschließend die Differenz der IG von der Differenz der KG abgezogen. Damit ergab sich die Änderung der Baseline- und der Follow-up-Werte durch folgende Gleichung:

$$DiD = (t_5^{IG} - t_1^{IG}) - (t_5^{KG} - t_1^{KG})$$

IG = Interventionsgruppe

KG = Kontrollgruppe

Bei der Kosten-Effektivitäts-Analyse wurde die Rückfallquote (= Häufigkeit eines Rückfalls) – gemessen mit dem TLFB (Sobell & Sobell, 1996) – als Effektparameter gewählt und den Gesamtkosten gegenübergestellt. Im Sinne des Available-Case-Verfahrens wurden nur Fälle verwendet, bei denen sowohl Daten zur Effektivität als auch zu den Kosten vorliegen.

$$ICER = \frac{\text{inkrementelle Kosten}^{IG} - \text{inkrementelle Kosten}^{KG}}{\text{inkrementeller Rückfall}^{IG} - \text{inkrementeller Rückfall}^{KG}}$$

IG = Interventionsgruppe

KG = Kontrollgruppe

Es wurde ein nicht-parametrisches Bootstrapping mit 5.000 Wiederholungen durchgeführt sowie grafisch anhand Kosten-Effektivitäts-Flächen (CEP) und Kosten-Effektivitäts-Akzeptanzkurven (CEAC) dargestellt, um der Unsicherheit bezüglich des Schätzwertes der ICER adäquat zu begegnen.

Die CEAC werden aus den CEPs abgeleitet und visualisieren die Wahrscheinlichkeiten, dass die betrachtete Intervention unter Variation verschiedener Zahlungsbereitschaften pro gewonnener Effekteinheit (Rückfallquote, QAYLS) kosteneffektiv.

Bei der Kosten-Nutzwert-Analyse wurde zur Ermittlung von Nutzwerten auf QALYs als Outcome-Maß zurückgegriffen. Die Lebensqualität wurde mittels des EQ-5D (EuroQol Research Foundation, 2018) erhoben, der die Lebensqualität in einer eindimensionalen Maßzahl von 0 (sehr schlecht) bis 1 (bestmöglicher Gesundheitszustand) ausdrückt. Dieser EQ-5D-Index wurde zur Ermittlung der QALYs verwendet, wobei der Gewinn an QALYs anhand Bestimmung der Area-under-the-curve (AUC) unter Annahme der linearen Interpolation bestimmt wurde.

In der Kosten-Nutzwert-Analyse wurden die Kosten durch die gewonnenen QALYs dividiert (Schöffski & von der Schulenburg, 2012).

$$\text{ICER} = \frac{\text{inkrementelle Kosten}^{IG} - \text{inkrementelle Kosten}^{KG}}{\text{inkrementeller QALY}^{IG} - \text{inkrementeller QALY}^{KG}}$$

IG = Interventionsgruppe
KG = Kontrollgruppe

Analog zu der Kosten-Effektivitäts-Analyse wurde ein nicht-parametrisches Bootstrapping mit 5000 Wiederholungen durchgeführt sowie ein CEP und CEAC dargestellt, um der Unsicherheit bezüglich des Schätzwertes der ICER adäquat zu begegnen.

TiC-P

Da nur für ca. die Hälfte der Proband*innen Routinedaten vorlagen und sich diese Teilstichprobe bzgl. des primären Outcomes deutlich vom Gesamtkollektiv unterschied, wurde bei der Auswertung des TiC-P ebenfalls die Kostenträgerperspektive eingenommen, um die Ergebnisse der Selbstauskunftsdaten des Gesamtkollektivs denen der Routinedaten gegenüberstellen zu können. Für die Auswertung wurden stationäre, teilstationäre und ambulante Leistungen berücksichtigt. Die monetäre Bewertung der Leistungen orientierte sich an gängigen Bewertungssätzen.

Für die Auswertung des TiC-P wurden all jene Personen berücksichtigt, die sowohl zu T4 als auch zu T5 an den Befragungen teilgenommen haben (Complete-Case-Analyse). Dabei wurde einerseits ein Random-Intercept-Mehrebenenmodell verwendet, bei dem mittels eines zufälligen Effekts für das Individuum die Abhängigkeit der zeitlichen Messungen berücksichtigt wurde. In dem Modell wurden die verursachten Kosten als Differenz des jeweiligen Messzeitpunkts (T4: Studienzeitraum Monat null bis drei, T5: Studienzeitraum Monat vier bis sechs) minus den verursachten Kosten vor der Intervention (T1: Vor-Studienzeitraum null bis drei Monate) als abhängige Variable und die Gruppe, Zeit sowie die Interaktion aus Gruppe und Zeit als Kovariaten definiert. Andererseits wurde die Kosteneffektivität mittels eines Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) entsprechend der bereits genannten Formeln ermittelt, wobei sich der Effekt auf die Rückfallquote der Gruppe bezieht. Die Gesamtkosten sowie das resultierende ICER wurden sowohl unadjustiert als auch nach Korrektur für die Differenz zu T1, also den drei Monaten vor Beginn des Studienzeitraums, berechnet.

Weitere Fragestellungen

Evaluation der Adhärenzfaktoren

Die transkribierten Interview-Daten wurden mithilfe von MAXQDA (Verbi GmbH, 2022), einer Software zur qualitativen Daten- und Textanalyse, ausgewertet. Die Analyse erfolgte entsprechend der inhaltlich-strukturierenden Variante der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (Kuckartz, 2012; Mayring, 2010).

Zunächst wurden die Interviewprotokolle von zwei unabhängigen Ratern anhand von induktiven und deduktiven Kategorien kodiert und in ein gemeinsames hierarchisches Kategoriensystem integriert. Die Kategorien wurden deduktiv aus den Fragen des Leitfadens gebildet und induktiv um weitere Kategorien ergänzt, die im Zuge der Interviews genannt wurden. Die Inter-Rater-Reliabilität (Cohen's Kappa) war $\kappa = .82$, was als hoch anzusehen ist.

Erstellung der Disseminationsstrategien

Zunächst wurden alle Interviews transkribiert. In einer qualitativen Analyse wurden die Aussagen der Befragten inhaltlich den einzelnen Kategorien/Leitfragen zugeordnet, um das Feedback der Klinikmitarbeiter*innen systematisch zuordnen zu können. Anschließend wurden die Antworten der Befragten für jede Kategorie/Leitfrage aggregiert, um gesammeltes Feedback pro Kategorie/Leitfrage zu generieren.

Datenlinkage

Die Universität Bamberg verknüpfte die Interview-Daten der Studienteilnehmer*innen zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten mit den von der mentalis GmbH bereitgestellten, hypothesenrelevanten App-Nutzungsdaten in einem Datensatz. Die Clearingstelle verknüpfte diese primären Studiendaten mit den sekundären Studiendaten der Sozialversicherungsträger und leitete den kompletten Datensatz pseudonymisiert an die inav GmbH weiter zur gesundheitsökonomischen Auswertung. Im Detail erfolgten das Pseudonymisierungsverfahren und der Datenaustausch wie folgt:

Zunächst wurde im Studienmanagement-System eine Studien-ID-Liste implementiert, anhand derer dort angelegten Studieninteressent*innen eine Studien-ID zugewiesen wurde. Diese Studien-ID wurde erst vergeben, wenn alle datenschutzrechtlichen Dokumente ordnungsgemäß unterschrieben wurden und schriftliches Einverständnis der Interessierten eingeholt wurde. Die Daten der Patient*innen (u. a. die KV-Nummer) wurden zusammen mit der Studien-ID im Studienmanagement-System gespeichert.

Ab dem Zeitpunkt des Studieninteresses und des eingeholten schriftlichen Einverständnisses erfolgte die erste Datenerhebung durch die Kliniken im Rahmen des Screenings, dessen Ergebnisse im Studienmanagement-System und durch ein Online-Umfrage-Tool (LimeSurvey) dokumentiert wurden. Die jeweiligen Kliniken hatten nur Zugriff auf die Studienmanagement-System-Daten der von ihnen rekrutierten Studienteilnehmenden innerhalb ihrer Klinik. Waren alle Einschlusskriterien und keine Ausschlusskriterien erfüllt, wurden die jeweiligen Patient*innen in die Studie eingeschlossen.

Anschließend konnte der Evaluator auf die Studien-IDs sowie die Telefonnummern der Studienteilnehmenden im Studienmanagement-System zugreifen, um klinische Interviews mit den Studienteilnehmenden durchzuführen. Der Evaluator erhob die Daten mittels telefonischer diagnostischer Interviews, welche mit zuvor erteiltem Einverständnis aufgezeichnet wurden. Die Daten wurden pseudonymisiert über LimeSurvey erhoben. Die LimeSurvey-Daten sowie die telefonischen Aufnahmen wurden auf gesicherten Servern des Evaluators gespeichert. Bei diesen Daten handelte es sich um die Primärdaten.

Nach der Datenerhebung der ersten telefonischen Befragung (T1) randomisierte das Studienmanagementsystem die Studienteilnehmenden automatisch und zufällig in Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG). Die Kliniken konnten nach erfolgreich geführter erster Befragung die Einteilung nach IG bzw. KG über das Studienmanagement-System einsehen. Die Kliniken übermittelten die je nach Gruppenzuordnung nötigen Teilnahmeerklärungen direkt an die Krankenkassen ohne Nennung der Studien-ID.

Die mentalis GmbH verwaltete die im Studienmanagement-System sowie in der App gespeicherten Daten und besaß ebenfalls Zugriffsrechte. Die Coaches, welche über die Hochschulambulanz des Lehrstuhls für Klinische Psychologie und Psychotherapie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg freiberuflich tätig waren und die Inhalte der App-basierten Intervention begleiteten, nutzten den Studienmanagement-System-Zugriff, um mittels der SmartAssistEntz-App und telefonischer Coaching-Gespräche Daten zum Therapieverlauf und zum Nutzungsverhalten der Studienteilnehmenden einzusehen und um die Überführung in die Anschlussmaßnahme zu begleiten. Die Audio-Aufnahmen der Coaching-Gespräche wurden mit Einverständnis der Patient*innen aufgenommen und kurzzeitig auf dem lokalen PC der*des Coaches gespeichert. Anschließend wurden die Daten in eine nach aktuellen Standards gesicherte Cloud (FAU Box), welche vom Rechenzentrum der FAU betrieben wird, geladen und von den lokalen Computern entfernt. Die Coaches hatten nur Zugriff auf die Studienmanagement-System-Daten der von ihnen betreuten Studienteilnehmenden.

Die Datenzusammenführung für die in der Evaluation benötigten Primär- und Sekundärdaten erfolgte durch die Clearingstelle. Die Clearingstelle erhielt dazu Daten von drei unterschiedlichen Quellen (Universität Bamberg, beteiligte Krankenkassen und den Datenexport des Studienmanagement-Systems durch die mentalis GmbH), welche auf den Servern (FAUBox Cloud bzw. Server der Clearingstelle) der FAU gespeichert wurden.

Neben den im Projekt erhobenen Primärdaten erhielt die Clearingstelle Sekundärdaten in Form von GKV-Routinedaten der AOK Bayern, der BAHN-BKK und der SBK. Die Clearingstelle übermittelte die Studien-ID samt der zugehörigen KV-Nummer an die jeweilige Krankenkasse (AOK Bayern, BAHN-BKK oder SBK). Die Primärdaten verblieben auf den Servern der Clearingstelle.

Von den im Projekt beteiligten Krankenkassen wurden die Sekundärdaten anhand der KV-Nummer der pseudonymisierten Studien-ID zugespielt. Anschließend wurden die Sekundärdaten mit Angabe der pseudonymisierten Studien-ID via gesicherter Austauschplattform (Cryptshare) zurück an die separate Clearingstelle übermittelt und auf dem Server der Clearingstelle gespeichert.

In der Clearingstelle wurde eine Person mit der Zusammenführung der Primär- und Sekundärdaten betraut. Da neben dieser Person nur eine weitere Person den Zugriff auf die Primär- und Sekundärdaten erhielt, konnte der Schutz der personenbezogenen Daten gewährleistet und der Eingriff in die Rechte der Betroffenen minimiert werden.

Nachdem die mit den Primär- und Sekundärdaten betraute Person der Clearingstelle alle Daten erhalten hatte, fügte sie die Daten zusammen und übernahm die erneute Pseudonymisierung des Datensatzes durch ein finales Pseudonym, bevor der zusammengeführte Datensatz an die inav GmbH zur gesundheitsökonomischen Evaluation weitergeleitet wurde.

Qualitätssicherung

Um sicherzustellen, dass das Evaluationskonzept so umgesetzt wurde, wie es vor Studienbeginn festgelegt wurde, wurde die Studie vor Studienbeginn beim Deutschen Register Klinischer Studien (DRKS; www.drks.de; DRKS00017700) registriert. Die Registrierung wurde am 30.08.19 eingereicht und am 04.09.19 bewilligt. Die Primärstudie SmartAssistEntz wurde von der Ethikkommission der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg bewilligt (Nummer: 193_19 B).

Zu Projektbeginn wurden Protokolle zur standardisierten Datenerhebung und -auswertung sowie zur Umsetzung von SmartAssistEntz verfasst und getestet. Anschließend wurde das Studienpersonal in der ordnungsgemäßen Umsetzung der finalisierten Protokolle systematisch geschult.

Zur Abschätzung der Validität der Interviewerhebungen wurden die Interviews (bei diesbezüglich vorliegender Zustimmung der Patient*innen) aufgezeichnet. Unter den ersten 125 eingeschlossenen Patient*innen wurden aus jedem Erhebungszeitpunkt fünf Interviews randomisiert ausgewählt. Jedes geführte Interview wurde von zwei anderen Interviewführenden unabhängig nachgeratet. Als Indikator für die Interrater-Reliabilität wurde eine single-score Intraklassen-Korrelation berechnet (Modell: two-way, Typ: absolute agreement; Koo & Li, 2016). Die Anzahl der Nachratings basierte auf einem Alpha von 5 % und einer moderaten bis hohen Interrater-Reliabilität aufgrund der hohen Standardisierung (Doros & Lew, 2010). Es konnte über alle Erhebungszeitpunkte hinweg eine Interrater-Reliabilität von $ICC=.987$, $F(29,58.4)=234$, $p<.001$, $CI=[.976,.993]$, ermittelt werden.

Zur Abschätzung der Adhärenz zum Coaching-Manual wurden (bei informierter Zustimmung von Patient*innen und Leistungserbringer*innen) alle Teleleistungen aufgezeichnet, um eine Teilstichprobe ($n = 25$) anschließend mit Hilfe von zu diesem Zweck entwickelten Adhärenzskalen auf Übereinstimmung mit dem Coaching-Manual zu testen. Darüber hinaus wurde die Adhärenz zum Coaching-Manual stetig anhand von hierzu erstellten strukturierten Coaching-Protokollen geprüft, die die Coaches für jedes Coaching-Gespräch ausfüllen mussten. Es zeigte sich eine sehr hohe Adhärenz zum Coaching-Manual.

Um die Validität der Befragungen des therapeutischen Personals sicherzustellen, erfolgten diese in den drei Wellen der Prozessevaluation als Einzelinterviews jeweils unter Ausschluss der jeweils höheren Hierarchieebene.

Zur Sicherung der Datenqualität wurden verschiedene Maßnahmen unternommen. Unter anderem wurde für jeden Erhebungszeitpunkt (T1, T2, T3.1, T3.2, T4 und T5) die Übereinstimmung der aus LimeSurvey exportierten Antworten mit den in LimeSurvey abgespeicherten Antworten stichprobenartig sichergestellt. Weiterhin wurde für jeden Erhebungszeitpunkt je eine Person per Hand aufbereitet und die Übereinstimmung der Ergebnisse mit den Ergebnissen der mittels Skripten aufbereiteten Daten sichergestellt.

3. Ergebnisse der Evaluation

Die deskriptiven Ergebnisse werden nur für vollständige Fälle beschrieben und nur für Variablen, die für primäre, sekundäre und tertiäre Forschungshypothesen relevant sind.

Rekrutierung und Studienverlauf

Nachfolgend werden die Rekrutierungszahlen in den verschiedenen Kliniken (siehe Tabelle 3) dargestellt.

Tabelle 3
 Rekrutierungszahlen

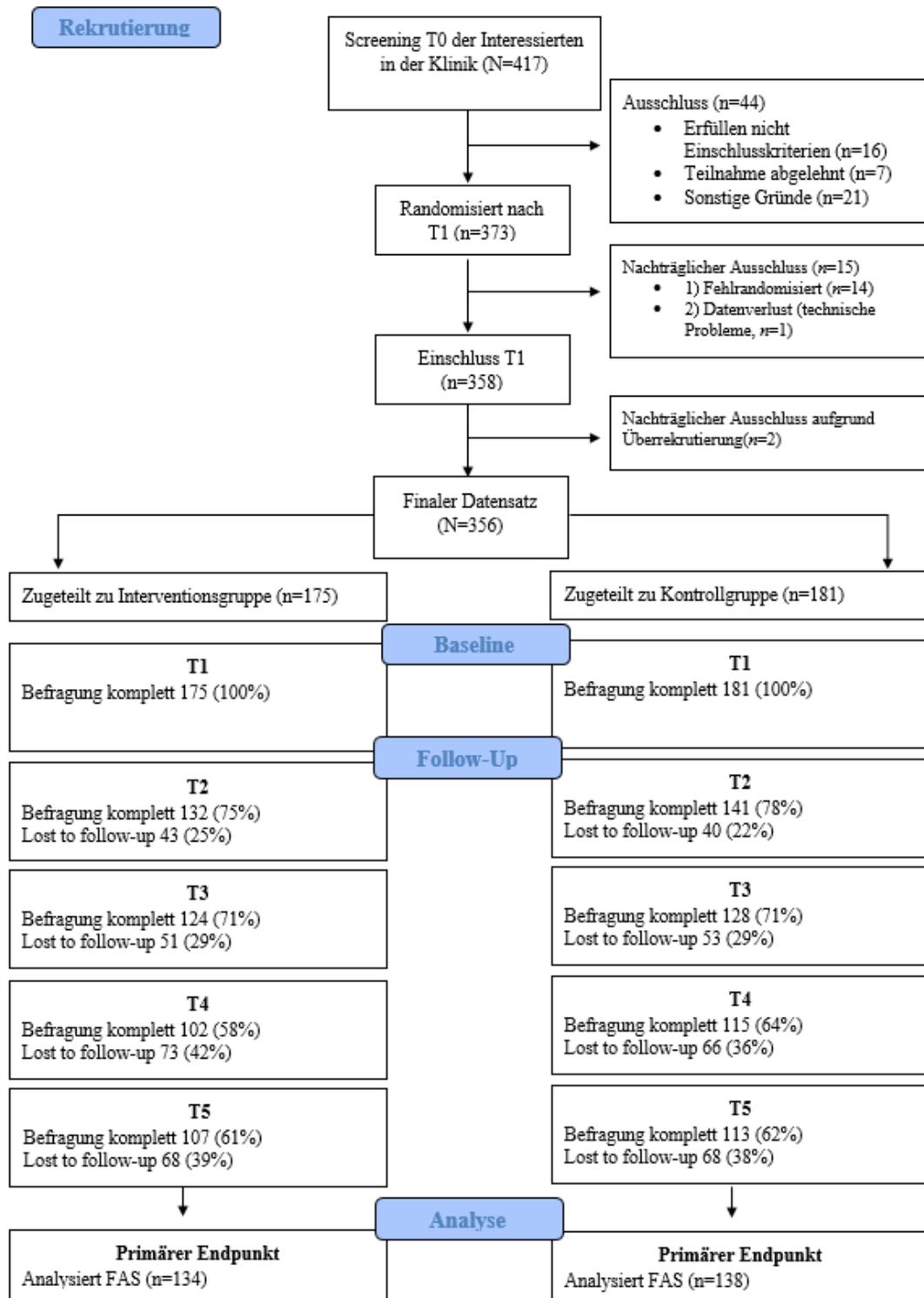
Anmerkung. n.a.= not available, da Ziel nicht erreicht oder nicht vorhanden war. ^aDas Krankenhaus Altdorf gehört dem Klinikum Nürnberg an.

Kliniken	Geplantes Einschlussda- tum	Datum erster Einschluss	Rekrutierungsziel <i>n</i>	Datum Rekrutier- ungsziel erreicht	Tatsächliche Rekrutierungszahl <i>n</i>	Tatsächliches Rekrutierungsende
Alle Kliniken	15.11.2019	17.12.2019	356	16.06.2021	373	13.08.2021
Bezirksklinikum Ansbach	15.11.2019	17.12.2019	100	23.06.2021	104	20.07.2021
Frankenalb-Klinik Engelthal	15.11.2019	27.01.2020	40	12.05.2021	40	12.05.2021
Klinikum am Europaka- nal Erlangen	15.11.2019	18.12.2019	80	n.a.	80	13.08.2021
Klinikum der Universität München	15.11.2019	04.05.2020	46	15.04.2021	52	20.07.2021
Klinik Nürnberg-Nord^a	15.11.2019	17.02.2020	20	05.03.2021	27	23.04.2021
Krankenhaus Altdorf^a	15.11.2019	02.03.2020	60	n.a.	53	15.06.2021
Universitätsklinikum Erlangen	15.11.2019	27.01.2020	10	18.05.2021	10	18.05.2021
Bezirkskrankenhaus Lohr^b	01.10.2020	18.11.2020	n.a.	n.a.	7	24.06.2021

Das Nichterreichen der Rekrutierungszahl wurde durch eine Überrekrutierung des Klinikums Nürnberg ausgeglichen. ^bDas Bezirkskrankenhaus Lohr wurde nachträglich als Kooperationspartner aufgenommen, um eventuelle Unterrekrutierungen ausgleichen zu können und hat daher kein eigenes Rekrutierungsziel. ^cEs wurden insgesamt 373 Personen rekrutiert, von denen 15 ausgeschlossen werden mussten. Weitere 2 Personen wurden überrekrutiert, um ggf. bei später auftretender Verringerung der Fallzahl (z.B. nachträglicher Ausschluss, gewünschte Datenlöschung durch Pat.) die finale Zielgröße von n=356 zu erreichen.

Abbildung 2 zeigt den Einschlussprozess bis zur Datenauswertung.

Abbildung 2
 Überblick über den Einschlussprozess



In Tabelle 4 wird die Entwicklung der Adhärenzzahlen seit Januar 2021 dargestellt. Insgesamt ist, seit Beginn der systematischen Erfassung, eine absolute Zunahme bei allen Zeitpunkten erkennbar.

Tabelle 4

Entwicklung der Adhärenz bzgl. der telefonischen Befragungen seit Januar 2021

Stand	T2	T3.1	T3.2	T4	T5	Gesamt
Januar 2021	75 %	65 %	64 %	55 %	57 %	65 %
Februar 2021	78 %	67 %	67 %	58 %	58 %	67 %
März 2021	79 %	70 %	68 %	57 %	58 %	68 %
April 2021	78 %	71 %	69 %	60 %	57 %	68 %
Mai 2021	77 %	71 %	69 %	62 %	56 %	68 %
Juni 2021	77 %	71 %	69 %	62 %	57 %	68 %
Juli 2021	77 %	71 %	69 %	62 %	60 %	69 %
August 2021	78 %	71 %	69 %	63 %	64 %	69 %
September 2021	77 %	71 %	68 %	63 %	62 %	68 %
Oktober 2021	77 %	71 %	68 %	62 %	63 %	68 %
November 2021	77 %	71 %	68 %	62 %	63 %	68 %
Dezember 2021	77 %	71 %	68 %	62 %	63 %	68 %
Januar 2022	77 %	71 %	68 %	62 %	62 %	68 %
Februar 2022	77 %	71 %	68 %	62 %	62 %	68 %
Gesamt^a	284 (77%)	263 (71%)	250 (68%)	230 (62%)	231 (62%)	1258 von 1850 (68%)

Anmerkung. ^a Die dargestellten Adhärenzdaten beziehen sich auf die absolute und relative Anzahl an Teilnehmenden (371 rekrutierte Personen, davon 15 ausgeschlossen), die zu dem jeweiligen Messzeitpunkt an der Befragung teilgenommen haben (Darstellung pro Monat).

Tabelle 5 zeigt den durchschnittlichen Abstand der Erhebungszeitpunkte. Die Durchschnittswerte lagen nah an den idealen Zeitabständen (gemäß der Studienplanung).

Von den 1258 Befragungen gab es sechs Kurzbefragungen (0.5 %). Die online-Befragung als Maßnahme zur Adhärenzsteigerung wurde zweimal von den Proband*innen genutzt.

Tabelle 5

Durchschnittlicher Abstand der Erhebungszeitpunkte in Tagen (M[SD])

	T1	T2	T3.1	T3.2	T4	T5
T1	/	22.22 (3.634)	44.22 (4.871)	45.48 (6.280)	93.71 (5.989)	185.19 (6.619)
T2		/	22.01 (5.884)	23.26 (6.740)	71.49 (6.669)	162.97 (7.209)
T3.1			/	1.26 (5.925)	49.49 (6.913)	140.97 (7.786)
T3.2				/	48.23 (8.141)	139.71 (8.787)
T4					/	91.48 (8.115)
T5						/

Anmerkung. Idealabstände in Tagen: T1-T2=21, T1-T3.1=42, T1-T3.2=42, T1-T4=90, T1-T5=180, T2-T3.1=21, T2-T3.2=21, T2-T4=69, T2-T5=159, T3.1-T4=48, T3.2-T4=48, T3.1-T5=138, T3.2-T5=138, T4-T5=90 (für die Zeitabstände wurde mit 1 Monat = 30 Tage gerechnet).

Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse der Evaluation des Willkommensgeschenks, das als Maßnahme zur Adhärenzsteigerung eingesetzt wurde. Insgesamt wurden 104 Personen befragt, von denen 98 (94.2 %) das Geschenk erhalten haben und 97 (93.3 %) die weiteren Fragen beantworteten.

Tabelle 6
Ergebnisse der Evaluation des Willkommensgeschenks

	Als nützlich empfunden	Darüber gefreut	Beeinflusst Bereitschaft zur Teilnahme
Ja	81 (83.5 %)	93 (95.9 %)	11 (11.3 %)
Nein	16 (16.5 %)	4 (4.1 %)	86 (88.7 %)
Gesamt	97 (100.0 %)	97 (100.0 %)	97 (100.0 %)

Das Suizidalitätsvorkommen ist in Tabelle 7 dokumentiert. Insgesamt kam Suizidalität bei 42 (3.3 %) von 1258 Befragungen vor. Alle Fälle konnten anhand des Suizidalitätsprotokolls abgeklärt werden, sodass es in keinem Fall zur höchsten Eskalationsstufe kam, der Verständigung der Polizei bzw. des Notdiensts.

Tabelle 7
Suizidalitätsvorkommen-Häufigkeiten

	Wert PHQ-Item 9			Freie Äußerung	Gesamt
	1	2	3		
Bis 08.07.20^a	10 (23.8 %)	3 (7.1 %)	2 (4.8 %)	2 (4.8 %)	17 (40.5 %)
Ab 09.07.20^b	0 (0.0 %)	13 (31.0 %)	9 (21.4 %)	3 (7.1 %)	25 (59.5 %)
Gesamt	10 (23.8 %)	16 (38.1 %)	11 (26.2 %)	5 (11.9 %)	42 (100 %)

Anmerkung. Freie Äußerung = der/die Proband*in kam selbst im Laufe des Gesprächs darauf zu sprechen.

^aCut-off = 1. ^bCut-off = 2.

Die Anzahl der intoxikierten Personen zu den stattgefundenen Befragungszeitpunkten (eigene Angabe des Alkoholkonsums am Interview-Tag sowie Einschätzung intoxikierten Verhaltens durch den/die Diagnostiker*in) ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8
Intoxikationsvorkommen - Häufigkeiten

	T2 N=275	T3.1 N=252	T3.2 N=241	T4 N=219	T5 N=219	Gesamt N=1206
Eigene Angabe	10 (3.6 %)	13 (5.2 %)	12 (5.0 %)	15 (6.9 %)	14 (6.4 %)	64 (5.3 %)
Einschätzung Diagnostiker*in	6 (2.2 %)	8 (3.2 %)	4 (1.7 %)	6 (2.7 %)	5 (2.3 %)	29 (2.4 %)

Anmerkung. Prozentangaben beziehen sich auf die Gesamtanzahl der Interviews pro Zeitpunkt (Angabe in erster Zeile).

Die Rater*innen, welche verblindet bezüglich der Studienbedingung waren, schätzten nach den Interviews in welcher Gruppe sich eine Person befand. Die verblindeten Rater*innen lagen zu T3.1 bei 147 von 252 Personen (58.3 %) richtig und zu T4 bei 129 von 218 (59.2 %)

Personen und somit etwas über der Ratewahrscheinlichkeit. Zu T3.1 gaben die Interviewer*innen in 46 von 252 (18.3 %) Fällen an, entblindet worden zu sein. Zu T4 waren es 29 von 219 (13.2 %).

Stichprobenbeschreibung

Deskriptive Kennwerte

In den Tabellen 9a, 9b, 9c und 9d werden– mit Blick auf die Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen – die deskriptiven Ergebnisse berichtet (siehe Anhang 1, Abschnitt 1.1). Bei einigen Personen konnte die Alkoholmenge aufgrund von ungenauen Angaben der Proband*innen nicht berechnet werden (7 Personen bis T3, 14 Personen bis T4 und 22 Personen bis T5).

Kontrollgruppe

Die Proband*innen in der Kontrollgruppe waren im Mittel 44.35 Jahre alt ($SD=11.52$; range=18-75). Knapp zwei Drittel der Proband*innen (116; 64.1 %) waren männlich. Fast alle Proband*innen gaben an eine kaukasische Ethnizität (176; 97.2 %) zu haben.

Etwa drei Viertel wiesen einen Haupt- oder Realschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss auf. Sechsendneunzig (53.10%) Proband*innen waren zum Einschlusszeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis (angestellt, in Ausbildung oder selbstständig). Im Mittel hatten die Proband*innen ($n=163$) ein Brutto-Einkommen von 2168.8€ ($SD=2026.9$). Die meisten Proband*innen wohnten in einer Großstadt, dicht gefolgt von kleinen Orten wie Gemeinden, Dörfern oder Kleinstädten, was für die Analysen als Indikator für die Versorgungsleistung herangezogen wird.

Vereinzelt waren die Proband*innen vor der Entzugsbehandlung bereits abstinent. Im Mittel hatten die Proband*innen bereits 7.36 ($SD=15.41$) Entzugsbehandlungen und 1.09 ($SD=1.29$) Entwöhnungen absolviert. Hundert-neununddreißig Proband*innen waren Raucher*innen (76.80%). Durch die Klinikpsycholog*innen wurde erhoben, dass insgesamt 120 (66.30%) eine komorbide psychische Störung aufwiesen (Depression: 99 (54.70%), Angststörung: 24 (13.30%), Posttraumatische Belastungsstörung: 21 (11.60%), Persönlichkeitsstörung: 15 (8.30%), bipolare Störung: 10 (5.50%), weitere Substanzkonsumstrung: 7 (3.90%), ADHS: 7 (3.90%), Essstörung: 6 (3.30%), Zwangsstörung: 4 (2.20%)).

Zur Baseline-Erhebung erfüllten alle Proband*innen den Cut-off für riskanten Alkoholkonsum (AUDIT) und die Anzahl der erforderlichen Kriterien für eine *schwere* Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (SCID-5). Ähnlich war die Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) im Vergleich zur Validierungsstichprobe aus dem Manual (Patient*innen in Entzugsbehandlung) berdurchschnittlich (Prozent-Rang von 56). Im Mittel erfüllten die Proband*innen den Indizwert für eine Majore Depression im PHQ-9 (zehn Punkte oder mehr), nicht aber für eine Generalisierte Angststörung (zehn Punkte oder mehr) oder Soziale Phobie (sechs Punkte oder mehr). Das durchschnittliche Wohlbefinden (WHO-5) lag zur Baseline, nicht aber zu den Follow-up-Zeitpunkten unterhalb der kritischen Grenze von 13 Punkten, allerdings stets unter dem der Normierungsstichprobe (Brhler, Mhlan, Albani & Schmidt, 2007). Das Craving (OCDS-G) ist im Mittel entsprechend der zulässigen Range (0-20) als gering einzustufen. Der durchschnittliche Wert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) liegt nur leicht unter dem Normierungswert von .94 (Szende, Janssen & Cabases, 2014).

Interventionsgruppe

Die Proband*innen in der Interventionsgruppe waren im Mittel 45.52 Jahre alt ($SD=11.00$; range=21-70). Knapp zwei Drittel der Proband*innen (119; 68.0 %) waren männlich. Fast alle Proband*innen hatten eine kaukasische Ethnizität (169; 96.6 %).

Etwa drei Viertel wiesen einen Haupt- oder Realschulabschluss als höchsten Bildungsabschluss auf. Neunundfünfzig (54.30%) Proband*innen waren zum Einschlusszeitpunkt in einem Arbeitsverhältnis (angestellt, in Ausbildung oder selbstständig). Im Mittel hatten die Proband*innen ($n=158$) ein Brutto-Einkommen von 2155.9€ ($SD=1582.9$).

Vereinzelte waren die Proband*innen vor der Entzugsbehandlung bereits abstinent. Im Mittel hatten die Proband*innen bereits 8.27 ($SD=19.72$) Entzugsbehandlungen und 1.01 ($SD=1.49$) Entwöhnungen absolviert. Hundert-undvierzig Proband*innen waren Raucher*innen (80.00%). Durch die Klinikpsycholog*innen wurde erhoben, dass insgesamt 98 (56.00%) eine komorbide psychische Störung aufwiesen (Depression: 73 (41.70%), Angststörung: 23 (13.10%), Persönlichkeitsstörung: 14 (8.00%), ADHS: 11 (6.30%), Posttraumatische Belastungsstörung: 10 (5.70%), weitere Substanzkonsumstörung: 8 (5.70%), Essstörung: 7 (4.00%), bipolare Störung: 2 (1.10%).

Zur Baseline-Erhebung erfüllten alle Proband*innen den Cut-off für riskanten Alkoholkonsum (AUDIT) und die Anzahl der erforderlichen Kriterien für eine *schwere* Alkoholkonsumstörung nach DSM-5 (SCID-5). Ähnlich war die Schwere der Alkoholabhängigkeit (SESA) im Vergleich zur Validierungsstichprobe aus dem Manual (Patient*innen in Entzugsbehandlung) überdurchschnittlich (Prozent-Rang von 56). Im Mittel erfüllten die Proband*innen den Indizwert für eine Major Depression im PHQ-9 (zehn Punkte oder mehr), nicht aber für eine Generalisierte Angststörung (zehn Punkte oder mehr) oder Soziale Phobie (sechs Punkte oder mehr). Das durchschnittliche Wohlbefinden (WHO-5) lag zur Baseline, nicht aber zu den Follow-up-Zeitpunkten unterhalb der kritischen Grenze von 13 Punkten, allerdings stets unter dem der Normierungsstichprobe (Brähler, Mühlhan, Albani & Schmidt, 2007). Das Craving (OCDS-G) ist im Mittel entsprechend der zulässigen Range (0-20) als gering einzustufen. Der durchschnittliche Wert der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) liegt nur leicht unter dem Normierungswert von .94 (Szende, Janssen & Cabases, 2014).

In Tabelle 10, 11, 12 und 13 sind zusätzlich die Häufigkeiten der verschiedenen TLFB-, AUDIT-, SCID- und SESA-Kategorien abgetragen.

Tabelle 10

Häufigkeiten der verschiedenen TLFB-Kategorien

	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4
T1 ($n=355$)	19 (5.3%)	48 (13.5%)	102 (28.7%)	186 (52.2%)
T3.1 ($n=265$)	175 (66.0%)	62 (23.4%)	24 (9.1%)	4 (1.5%)
T4 ($n=231$)	125 (54.1%)	76 (32.9%)	23 (10.0%)	7 (3.0%)
T5 ($n=224$)	95 (42.4%)	93 (41.5%)	28 (12.5%)	8 (3.6%)

Anmerkung. Kat1: 0 Getränke, Kat2: 1-3 Getränke, Kat3: 4-9 Getränke, Kat4: >9 Getränke.

Tabelle 11
 Häufigkeiten der verschiedenen AUDIT-Kategorien

	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4
T1 (n=356)	2 (.6%)	28 (7.9%)	35 (9.8%)	291 (81.7%)
T3.1 (n=249)	162 (65.1%)	26 (10.4%)	14 (5.6%)	47 (18.9%)
T4 (n=216)	128 (59.3%)	31 (14.4%)	19 (8.8%)	38 (17.6%)
T5 (n=220)	118 (53.6%)	29 (13.2%)	21 (9.5%)	52 (23.6%)

Anmerkung. Kat1: <8 Punkte (unauffällig), Kat2: 8-15 Punkte (medium Level an Alkoholproblem), Kat3: 16-19 Punkte (hohes Level an Alkoholproblem), Kat4: >20 Punkte (hohe Wahrscheinlichkeit einer Alkoholabhängigkeit).

Tabelle 12
 Häufigkeiten der verschiedenen SCID-Kategorien

	Kat1	Kat2	Kat3	Kat4
T0 (n=356)	0 (0.0%)	4 (1.1%)	28 (7.9%)	324 (91.0%)
T5 (n=220)	122 (55.5%)	15 (6.8%)	13 (5.9%)	69 (31.5%)

Anmerkung. Kat1: <1 Symptom, Kat2: 2-3 Symptome, Kat3 :4-5 Symptome, Kat4: > 6 Symptome.

Tabelle 13
 Häufigkeiten der verschiedenen SESA-Kategorien

	Kat1	Kat2	Kat3	
T1 (n=356)	Einengung	93 (26.1%)	161 (45.2%)	102 (28.7)
	Psychische Entzugssymptome	88 (24.7%)	176 (49.4%)	92 (25.8%)
	Körperliche Entzugssymptome	94 (26.4%)	160 (44.9%)	102 (28.7)
	Vermeidung von Entzugssymptomen	110 (30.9%)	170 (47.8%)	76 (21.3%)
T5 (n=220)	Einengung	96 (43.6%)	124 (56.4%)	n.a.
	Psychische Entzugssymptome	87 (39.5%)	133 (60.5%)	n.a.
	Körperliche Entzugssymptome	131 (59.5%)	89 (40.5%)	n.a.
	Vermeidung von Entzugssymptomen	163 (74.1%)	57 (25.9%)	n.a.

Anmerkung. n.a.=nicht vorhanden; Kat1: 25. Perzentil (symptom-free), Kat2: 25.-75.Perzentil (near-to-symptom-free), Kat3: 75.-100.Perzentil (hohe Symptomatik).

Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe

Die beiden Gruppen (IG und KG, siehe Tabelle 14a und b) unterschieden sich nicht signifikant in wesentlichen Baseline-Variablen und hinsichtlich des Dropouts. Lediglich wies die Kontrollgruppe höhere Werte an Depressivität auf. Die Unterschiede waren nach Bonferroni-Holm-Korrektur nicht mehr signifikant.

Tabelle 14a
Baseline-Daten der Interventions- und Kontrollgruppe

Variable (Bezugs-Zeitraum)	Interventionsgruppe			Kontrollgruppe		
	N	M	SD	N	M	SD
SCID-5 Anzahl Kriterien (12 Monate)	175	8.15	1.993	181	8.46	1.775
Alter	175	45.52	10.988	181	44.35	11.519
Bisherige Entzugsbehandlungen (Bis T0)	175	8.27	19.724	181	7.36	15.412
Bisherige Entwöhnungen (Bis T0)	175	1.01	1.491	181	1.09	1.288
Durchschn. Bruttoeinkommen	158	2155.94	1582.941	163	2168.78	2026.881
AUDIT (6 Monate)	175	25.89	7.019	181	26.78	7.327
OCDS-G (7 Tage)	175	5.50	3.882	181	5.62	4.326
WHO-5 (2 Wochen)	174	10.82	5.906	181	10.02	6.043
SESA (6 Monate)	175	44.87	19.847	181	48.69	20.162
EQ5D-5L (Tag des Interviews)	175	.87	.187	181	.86	.176
Trinktage/ Woche (3 Monate)	175	4.69	2.333	180	4.68	2.416
Alkoholmenge/Tag in g (3 Monate)	175	113.96	98.623	180	124.73	124.590
GAD-7 (2 Wochen)	175	9.20	5.541	181	9.95	5.499
PHQ-9 (2 Wochen)	175	11.10	5.922	181	12.73	6.104
PSQI (4 Wochen)	175	2.28	0.842	181	2.12	0.841
MINI-SPIN (1 Woche)	175	3.15	2.989	181	3.79	3.228
CEQ (Zeitpunkt des Interviews)						
<i>Expectancy</i>	169	19.59	5.564	181	19.75	5.303
<i>Credibility</i>	172	21.19	4.830	181	21.23	4.322

Anmerkungen. AUDIT= Alcohol Use Disorder Identification Test; SESA=Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit; SCID-5= Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5; OCDS-G=Deutsche Version der Obsessive Compulsive Behavior Scale; WHO-5=Well-being Index, EQ5D-5L=EuroQoL Instrument für gesundheitsbezogene Lebensqualität; PSQI= Pittsburgh Schlafqualitätsindex; PHQ-9=Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patient*innen; GAD-7=Modul zur Generalisierten Angststörung aus dem Gesundheitsbogen für Patient*innen; MINI-SPIN= Soziale-Phobie-Inventar. CEQ=Client Expectation Questionnaire. * $p < .05$

Tabelle 14b
 Demografische Baseline-Daten der Interventions- und Kontrollgruppe

	<i>Interventionsgruppe</i>			<i>Kontrollgruppe</i>		
	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Höchster Bildungsabschluss	175			181		
<i>Hauptschule</i>		54	30.90		56	30.90
<i>Realschule</i>		72	41.10		78	43.10
<i>Abitur/Berufsausbildung</i>		20	11.40		17	9.40
<i>Bachelor/Meister vgl.-bar</i>		7	4.00		12	6.60
<i>Master/Diplom</i>		19	10.90		12	6.60
<i>Promotion</i>		2	1.10		1	0.60
<i>Keiner</i>		1	0.60		5	2.80
Ethnizität	175			181		
<i>Kaukasisch</i>		169	96.60		176	97.20
<i>Arabisch/asiatisch/afroamerikanisch/weitere</i>		2/1/2/1	1.10/0.60/1.10/0.60		2/1/1/1	1.10/0.60/0.60/0.60
Wohnort (Gemeinde, Dorf oder Kleinstadt)	175	73	41.71	181	68	37.57
Beschäftigungsstatus	175			181		
<i>Arbeitssuchend</i>		55	31.40		54	29.80
<i>Hausfrau/Hausmann</i>		4	2.30		4	2.20
<i>Ausbildung</i>		2	1.10		9	5.00
<i>Teilzeit (<35 Stunden)</i>		25	14.30		16	8.80
<i>Vollzeit (>=35 Stunden)</i>		63	36.00		64	35.40
<i>Selbstständig</i>		5	2.90		7	3.90
<i>Berentet</i>		21	12.00		27	14.90
Geschlecht (männlich)	175	119	68.00	181	116	64.10
Rauchen (ja)	175	140	80.00	181	139	76.80
Dropout	175			181		
<i>T2</i>		44	25.10		38	21.00
<i>T3.1</i>		51	29.10		52	28.70
<i>T3.2</i>		57	32.60		58	32.00

Akronym: SmartAssistEntz
Förderkennzeichen: 01NVF18025

	<i>Interventionsgruppe</i>			<i>Kontrollgruppe</i>		
	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>T4</i>		70	40.00	181	64	35.40
<i>T5</i>		68	38.9	181	67	37.00

Einfluss von Dropout

Auch hing die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an einem Erhebungszeitpunkt weitestgehend nicht mit verschiedenen Baseline-Variablen zusammen (siehe Tabelle 15a und b). Lediglich für Bildungslevel (T3.2 & T4), Beschäftigungsstatus (T3.1 & T3.2) und Alter (T4) zeigten sich Unterschiede auch nach Bonferroni-Holm-Korrektur.

Von den Personen, die nicht zu T4 teilgenommen hatten, hatte ein höherer Anteil einen Hauptschulabschluss (Dropout: 0.28 %; Nicht-Dropout: 1.40 %) und ein geringerer Anteil ein Abitur (Dropout: 14.33 %; Nicht-Dropout: 27.81 %) als höchsten Bildungsabschluss. Personen, die nicht zu T4 teilgenommen hatten, waren jünger (Dropout: $M= 42.55$ [$SD=10.90$]; Nicht-Dropout: $M=46.36$ [$SD=11.26$]). Von den Personen, die nicht zu T3.2 teilgenommen hatten, hatte ein höherer Anteil einen Hauptschulabschluss (Dropout: 0.28 %; Nicht-Dropout: 1.40 %) und ein geringerer Anteil einen Realschulabschluss (Dropout: 14.01 %; Nicht-Dropout: 16.29 %) als höchsten Bildungsabschluss. Von den Personen die zu T3.1 oder T3.2 teilgenommen haben, war ein geringerer Anteil in Teilzeit und ein höherer Anteil in Vollzeit angestellt als bei den Personen, die nicht teilgenommen haben.

Tabelle 15a
Baseline-Unterschiede in Abhängigkeit vom Dropout zu den verschiedenen Zeitpunkten

N=356 Variable	T2		T3.1		T3.2		T4		T5	
	Dropout (n=83)	Nicht Dropout (n=273)	Dropout (n=104)	Nicht Dropout (n=252)	Dropout (n=115)	Nicht Dropout (n=241)	Dropout (n=139)	Nicht Dropout (n=217)	Dropout (n=136)	Nicht Dropout (n=220)
<i>M (SD)</i>										
SCID-5 Anzahl Kri- terien	8.15 (1.88)	8.36 (1.89)	8.23 (1.80)	8.34 (1.92)	8.20 (1.81)	8.36 (1.93)	8.37 (1.80)	8.27 (1.95)	8.27 (1.78)	8.33 (1.96)
Alter	44.54 (11.59)	45.04 (11.18)	42.95 (11.02)	45.73 (11.28)	42.94 (10.68)	45.88 (11.43)	42.55 (10.90)	46.36 (11.26)	43.17 (11.01)	46.00 (11.30)
Entzugsbehandlun- gen	10.60 (21.53)	6.98 (16.26)	7.37 (11.82)	7.99 (19.54)	7.42 (12.28)	8.00 (19.72)	7.95 (17.25)	7.73 (17.92)	7.96 (16.33)	7.72 (18.44)
Entwöhnungen	1.20 (1.35)	1.00 (1.40)	1.11 (1.31)	1.02 (1.42)	1.10 (1.33)	1.02 (1.42)	1.16 (1.36)	0.98 (1.41)	1.16 (1.42)	0.98 (1.37)
Bruttoeinkommen	2071.94 (1726.39)	2191.52 (1850.40)	1976.35 (1644.64)	2243.05 (1887.49)	2027.83 (1637.60)	2230.72 (1904.62)	1932.64 (1565.99)	2312.91 (1956.59)	2002.27 (1466.63)	268.70 (2015.96)
AUDIT	26.00 (7.48)	26.45 (7.10)	26.30 (7.42)	26.36 (7.10)	25.80 (7.90)	26.60 (6.81)	26.77 (7.38)	26.09 (7.06)	26.18 (7.50)	26.44 (7.00)
OCDS-G	5.54 (3.53)	5.57 (4.27)	5.33 (4.27)	5.66 (4.04)	5.46 (4.15)	5.61 (4.10)	5.54 (4.18)	5.57 (4.07)	5.60 (4.29)	5.54 (4.00)
WHO-5	9.99 (5.55)	10.53 (6.11)	10.30 (6.05)	10.45 (5.96)	10.23 (5.83)	10.49 (6.06)	10.21 (6.02)	10.53 (5.97)	10.66 (5.96)	10.26 (6.00)
SESA	45.75 (20.88)	47.13 (19.85)	47.01 (20.85)	46.73 (19.79)	46.14 (20.64)	47.13 (19.83)	48.40 (20.93)	45.85 (19.52)	46.47 (20.15)	47.01 (20.06)
EQ5D-5L	0.85 (0.21)	0.87 (0.17)	0.86 (0.22)	0.87 (0.16)	0.86 (0.22)	0.87 (0.16)	0.86 (0.20)	0.87 (0.17)	0.87 (0.19)	0.86 (0.18)
Trinktage/ Woche	4.51 (2.45)	4.74 (2.35)	4.81 (2.26)	4.63 (2.42)	4.82 (2.34)	4.62 (2.39)	4.75 (2.33)	4.64 (2.40)	4.73 (2.35)	4.66 (2.40)
Alkoholmenge/Tag	116.01 (102.93)	120.45 (115.40)	138.56 (121.81)	111.60 (107.76)	139.88 (135.31)	109.62 (98.59)	134.15 (117.99)	110.49 (108.36)	125.63 (112.28)	115.61 (112.74)
GAD-7	9.82	9.51	9.39	9.66	9.68	9.54	9.97	9.35	9.73	9.49

Variable	T2		T3.1		T3.2		T4		T5	
	Dropout (n=83)	Nicht Dropout (n=273)	Dropout (n=104)	Nicht Dropout (n=252)	Dropout (n=115)	Nicht Dropout (n=241)	Dropout (n=139)	Nicht Dropout (n=217)	Dropout (n=136)	Nicht Dropout (n=220)
	<i>M (SD)</i>									
	(5.36)	(5.58)	(5.74)	(5.44)	(5.64)	(5.48)	(5.67)	(5.44)	(5.63)	(5.47)
PHQ-9	11.89 (5.96)	11.94 (6.10)	11.47 (6.20)	12.12 (6.01)	11.80 (6.27)	11.99 (6.00)	12.02 (6.21)	11.87 (5.98)	11.65 (5.98)	12.10 (6.12)
PSQI	2.17 (0.80)	2.21 (0.86)	2.21 (0.80)	2.19 (0.86)	2.19 (0.78)	2.20 (0.87)	2.25 (0.80)	2.17 (0.87)	2.21 (0.76)	2.19 (0.90)
MINI-SPIN	3.63 (3.24)	3.43 (3.09)	3.51 (3.21)	3.46 (3.10)	3.61 (3.33)	3.41 (3.03)	3.48 (3.18)	3.48 (3.10)	3.55 (3.24)	3.43 (3.06)
CEQ	40.05 (8.79)	41.13 (9.10)	40.59 (9.30)	41.00 (8.93)	40.58 (8.80)	41.02 (9.15)	41.05 (8.83)	40.78 (9.16)	41.05 (8.74)	40.78 (9.21)
<i>Expectancy</i>	19.26 (4.80)	19.79 (5.60)	19.60 (5.48)	19.70 (5.41)	19.75 (5.06)	19.63 (5.60)	20.04 (5.05)	19.45 (5.63)	19.92 (4.99)	19.52 (5.67)
<i>Credibility</i>	20.69 (5.00)	21.36 (4.44)	20.93 (4.76)	21.32 (4.50)	20.78 (4.48)	21.41 (4.48)	20.96 (4.76)	21.36 (4.46)	21.08 (4.81)	21.29 (4.43)

Anmerkung. AUDIT= Alcohol Use Disorder Identification Test; SESA=Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit; SCID-5= Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5; OCDS-G=Deutsche Version der Obsessive Compulsive Behavior Scale; WHO-5=Well-being Index, EQ5D-5L=EuroQoL Instrument für gesundheitsbezogene Lebensqualität; PSQI= Pittsburgh Schlafqualitätsindex; PHQ-9=Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patient*innen; GAD-7=Modul zur Generalisierten Angststörung aus dem Gesundheitsbogen für Patient*innen; MINI-SPIN= Soziale-Phobie-Inventar. CEQ=Client Expectation Questionnaire.

Tabelle 15b

Demografische-Baseline-Unterschiede in Abhängigkeit vom Dropout zu den verschiedenen Zeitpunkten

Variable	T2		T3.1		T3.2		T4		T5	
	Dropout	Nicht Dropout	Dropout	Nicht Dropout	Dropout	Nicht Dropout	Dropout	Nicht Dropout	Dropout	Nicht Dropout
<i>N(%)</i>										
Anzahl pro Gruppe	83 (23.03)	273 (76.97)	104 (28.93)	252 (71.07)	115 (32.03)	241 (67.70)	139 (37.64)	217 (62.36)	136 (37.92)	220 (62.08)
Höchster Bildungsabschluss										
<i>Keiner</i>	1 (1.20)	5 (1.80)	1 (1.00)	5 (2.00)	1 (0.90)	5 (2.10)	1 (0.70)	5 (2.30)	2 (1.50)	4 (1.80)
<i>Hauptschule</i>	32 (39.00)	78 (28.50)	45 (43.70)	65 (25.70)	52 (45.20)	58 (24.10)	61 (45.50)	49 (22.10)	55 (40.70)	55 (24.90)
<i>Realschule</i>	26 (31.70)	124 (45.30)	36 (35.00)	114 (45.10)	38 (33.00)	112 (46.50)	51 (38.10)	99 (44.60)	51 (37.80)	99 (44.80)
<i>Abitur/Berufsausbildung</i>	10 (12.20)	27 (9.90)	10 (9.70)	27 (10.70)	9 (7.80)	28 (11.60)	8 (6.00)	29 (13.10)	10 (7.40)	27 (12.20)
<i>Bachelor/Meister vgl.-bar</i>	3 (3.70)	16 (5.80)	3 (2.90)	16 (6.30)	5 (4.30)	14 (5.80)	4 (3.00)	15 (6.80)	5 (3.70)	14 (6.30)
<i>Master/Diplom</i>	8 (9.80)	23 (8.40)	6 (5.80)	25 (9.9)	8 (7.00)	23 (9.50)	7 (5.20)	24 (10.80)	10 (7.40)	21 (9.50)
<i>Promotion</i>	2 (2.40)	1 (0.40)	2 (1.90)	1 (0.40)	2 (1.70)	1 (0.40)	2 (1.50)	1 (0.50)	2 (1.50)	1 (0.50)
Ethnizität										
<i>Kaukasisch</i>	78	267	101	244	111	234	130	215	132	213

Variable	T2		T3.1		T3.2		T4		T5	
	Dropout	Nicht Dropout								
N(%)										
Anzahl pro Gruppe	83	273	104	252	115	241	139	217	136	220
	(23.03)	(76.97)	(28.93)	(71.07)	(32.03)	(67.70)	(37.64)	(62.36)	(37.92)	(62.08)
	(95.10)	(97.40)	(98.10)	(96.40)	(96.50)	(97.10)	(97.00)	(96.80)	(97.80)	(96.40)
<i>Weitere</i>	4	7	2	9	4	7	4	7	3	8
	(4.90)	(2.60)	(1.90)	(3.60)	(3.50)	(2.90)	(3.00)	(3.20)	(2.20)	(3.60)
Wohnort (Gemeinde, Dorf oder Kleinstadt)	27	114	39	102	43	98	52	89	58	83
	(32.90)	(41.60)	(37.90)	(40.30)	(37.40)	(40.70)	(38.80)	(40.10)	(43.00)	(37.60)
Beschäftigungsstatus										
<i>Arbeitssuchend</i>	31 (37.80)	78	36	73	42	67	50	59	44	65
		(28.50)	(35.00)	(28.90)	(36.50)	(27.80)	(37.30)	(26.60)	(32.60)	(29.40)
<i>Hausfrau/Hausmann</i>	2	6	2	6	2	6	2	6	2	6
	(2.40)	(2.20)	(1.90)	(2.40)	(1.70)	(2.50)	(1.50)	(2.70)	(1.50)	(2.70)
<i>Ausbildung</i>	1	10	2	9	2	9	4	7	2	9
	(1.20)	(3.60)	(1.90)	(3.60)	(1.70)	(3.70)	(3.00)	(3.20)	(1.50)	(4.10)
<i>Teilzeit (<35 Stunden)</i>	14 (17.10)	27	21	20	23	18	23	18	24	17
		(9.90)	(20.40)	(7.90)	(20.00)	(7.50)	(17.20)	(8.10)	(17.80)	(7.70)
<i>Vollzeit (>=35 Stunden)</i>	22 (26.80)	105	27	100	31	96	35	92	43	84
		(38.30)	(26.20)	(39.50)	(27.00)	(39.80)	(26.10)	(41.40)	(31.90)	(38.00)
<i>Selbstständig</i>	3	9	5	7	5	7	5	7	5	7
	(3.70)	(3.30)	(4.90)	(2.80)	(4.30)	(2.90)	(3.70)	(3.20)	(3.70)	(3.20)
<i>Berentet</i>	9	39	10	38	10	38	15	31	15	33
	(11.00)	(14.20)	(9.70)	(15.00)	(8.70)	(15.80)	(11.20)	(14.90)	(11.10)	(14.90)
Geschlecht (männlich)	58	177	69	166	75	160	91	144	91	144
	(70.70)	(64.60)	(66.99)	(65.61)	(65.20)	(66.40)	(67.90)	(64.90)	(67.40)	(65.20)
Rauchen (ja)	62	217	83	196	94	185	114	165	113	166
	(75.60)	(79.20)	(80.60)	(77.50)	(81.70)	(76.80)	(85.10)	(74.30)	(83.70)	(75.10)

Effektevaluation

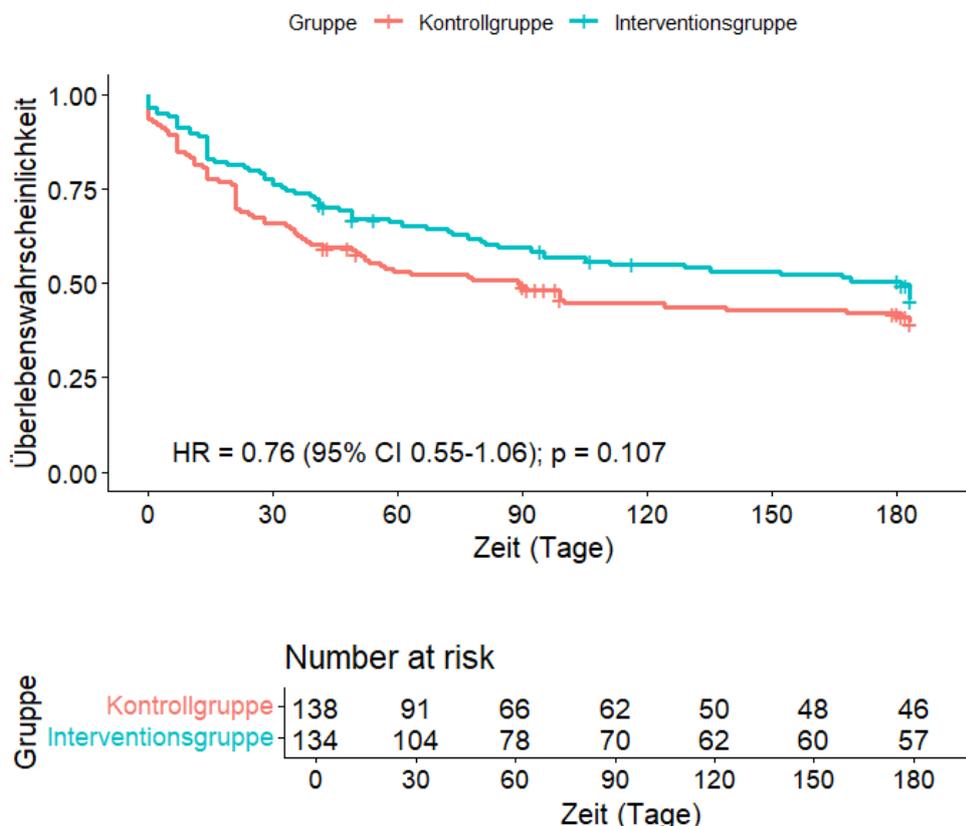
Im Folgenden werden hypothesen-relevante sowie signifikante Ergebnisse beschrieben.

Primäre Forschungshypothese (Rückfallrisiko)

Das Full Analysis Set (Personen, für die mindestens eine Messung nach Randomisierung vorliegt) besteht aus 134 (77%) und 138 (76%) Personen. Von den 134 Personen in der Interventionsgruppe, für die Daten vorliegen, haben 67 (50%) Personen einen Rückfall nach durchschnittlich 104.62 (SD = 74.03) Tagen erlitten, während 79 (57%) der Personen in der Kontrollgruppe nach durchschnittlich 87.60 (SD = 74.40) Tagen einen Rückfall erlitten. Ein Log-Rank-Test mit dem Full Analysis Set erbrachte keinen signifikanten Einfluss der Gruppe, $\chi^2(1)=2.61$, $p=.107$, $B=-.268$, HR (Hazard Ratio)=0.76 (95% CI: 0.55 - 1.06), hinsichtlich des Rückfallrisikos (KG: 59 zensiert, 79 mit Ereignis; IG: 67 zensiert, 67 mit Ereignis). Die Hazard Ratio impliziert jedoch, dass Personen in der IG eine 0.76-fache, und damit ein deutlich reduziertes, Rückfallrisiko im Vergleich zur KG aufweisen. Die Anzahl an Zensierungen bezieht sich auf Personen, die am Studienende zensiert wurden sowie auf die Personen, die während des Follow-Up-Zeitraums vor Studienende zensiert wurden. Die Abstinenzrate ist in einem Kaplan-Meier-Plot in Abbildung 3 dargestellt. Tabelle 16 zeigt die Ergebnisse der Log-Rank-Tests und Cox-Regressionen für verschiedene Stichproben.

Abbildung 3

Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Full Analysis Set)



Anmerkungen. Überlebenswahrscheinlichkeit = Prozentsatz der Personen ohne Ereignis, d.h. ohne Rückfall.

Tabelle 16

Ergebnisse der Log-Rank-Tests und Cox-Regressionen für verschiedene Stichproben

	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe	p-Wert
Adjustiertes und unadjustiertes HR (Full Analysis Set)			
Unadjustiertes HR	0.76 (0.55 - 1.06)	Ref	0.107
HR adjustiert	0.71 (0.51 - 0.98)	Ref	0.040
Per-Protocol-Analyse			
Per-Protocol-Analyse, Interventions-Nutzung, unadjustiert	0.64 (0.41 - 0.99)	Ref	0.043
Per-Protocol-Analyse, Interventions-Nutzung, adjustiert	0.62 (0.39 - 0.96)	Ref	0.032
Per-Protocol-Analyse, Coaching-Nutzung, unadjustiert	0.76 (0.55 - 1.06)	Ref	0.111
Per-Protocol-Analyse, Coaching-Nutzung, adjustiert	0.71 (0.51 - 0.99)	Ref	0.046
Sensitivitäts-Analyse			
Intention-To-Treat, Unadjustiertes HR	0.77 (0.55 - 1.06)	Ref	0.110
Intention-To-Treat, Adjustiertes HR	0.71 (0.50 - 0.99)	Ref	0.042
Dropout=Rückfall, Unadjustiertes HR	0.82 (0.65 - 1.03)	Ref	0.084
Dropout=Rückfall, Adjustiertes HR	0.79 (0.63 - 0.98)	Ref	0.040

HR=Hazard Ratio. Unadjustierte Werte sind Ergebnisse der Log-Rank-Tests. Cox-Regressionen sind adjustiert für Alter, Geschlecht, missbräuchlicher Alkoholkonsum (AUDIT), Craving (OCDS-G), depressive Symptome (PHQ-9) und ängstliche Symptome (GAD-7).

Zusätzlich zum Log-Rank-Test wurde im Rahmen einer Cox-Regression für verschiedene aus der Theorie gewonnene soziodemographische und klinische Kovariaten adjustiert, um ein präziseres Ergebnis mit höherer Teststärke (Power) zu erzielen. Hierbei wurden insgesamt 6 Kovariaten identifiziert, welche sich als potentielle Einflussfaktoren zeigen (siehe Tabelle 17). Alle diese Kovariaten wurden bei der Baseline (T0/T1) gemessen und liegen damit vollständig vor. Unter Adjustierung der Kovariaten ergab sich ein signifikanter Effekt der Gruppe mit $\chi^2(7)=34.80$, $p=.040$, $B=-0.348$, HR (Hazard Ratio)=0.71 (95% CI: 0.51 - 0.98). Somit zeigt sich mit diesem dem Log-Rank-Test überlegenen Verfahren ein signifikanter Einfluss der Gruppe. Das Hazard Ratio zeigt, dass die IG eine 0.71-faches Rückfallrisiko verglichen mit der KG aufweist.

Tabelle 17

Kovariaten Cox-Regression

	Gesamtstichprobe (n=356)		
	HR	95% CI	p-Wert
Gruppe (Interventionsgruppe)	0.71	0.51 - 0.98	0.040
Demographische Faktoren			
Alter	0.98	0.97 - 0.99	0.022
Geschlecht (weiblich)	1.55	1.11 - 2.18	0.010
Klinische Faktoren			

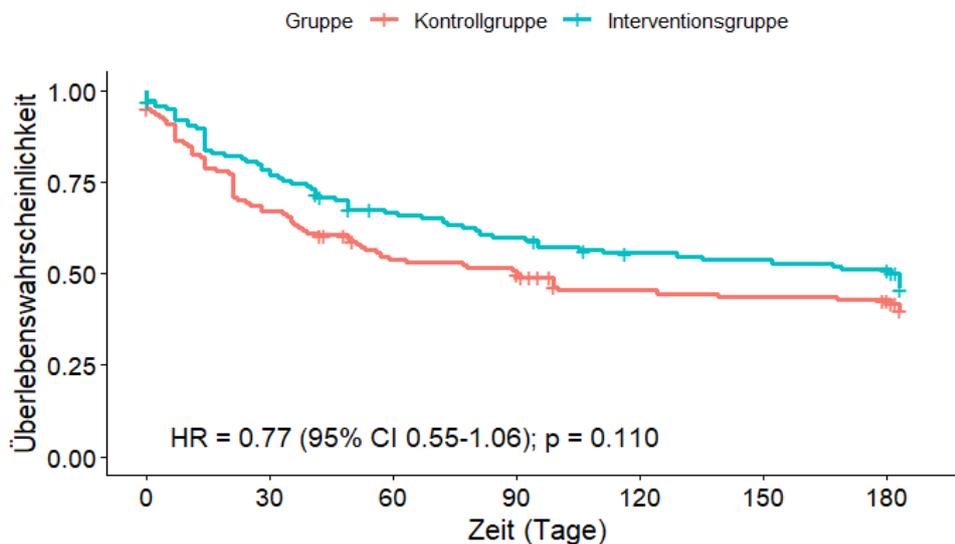
Depressive Symptome (PHQ-9)	0.96	0.92 - 1.00	0.059
Angstsymptome (GAD-7)	1.09	1.05 - 1.14	<0.001
Alkoholkonsum (AUDIT)	0.99	0.96 - 1.02	0.402
Craving (OCDS-G)	1.02	0.98 - 1.06	0.425

Referenzkategorien: Gruppe = Kontrollgruppe, Geschlecht = männlich.

Als Sensitivitätsanalyse wurden einerseits alle Personen in die Analysen eingeschlossen (ITT-Analyse), d.h. auch diejenigen, für die keine Postrandomisierungsdaten vorhanden waren, sowie alle Personen, die nicht bis zum Studienende erreichbar waren, beim Zeitpunkt ihres Drop-Outs als rückfällig kodiert (konservative Kodierung). Bei der ITT-Analyse zeigten sich sehr ähnliche Befunde wie bei der primären Analyse mit dem FAS: Der Log-Rank-Test ohne Adjustierung von Kovariaten zeigte keinen signifikanten Effekt der Gruppe ($\chi^2(1)=2.01, p=.110, B=-.26, HR=0.77$ (95% CI: 0.55 - 1.06)), eine Cox-Regression unter Adjustierung von Kovariaten zeigte einen signifikanten Einfluss der Gruppe, $\chi^2(7)=27.97, p=.042, B=-.34, HR=0.71$ (95% CI: 0.50 - 0.99) auf das Rückfallrisiko. Siehe Abbildung 4 für den Kaplan-Meier Plot.

Diese Ergebnisse replizierten sich auch bei der weiteren Sensitivitätsanalyse mit konservativer Kodierung. Ein Log-Rank-Test ohne Adjustierung von Kovariaten zeigte keinen signifikanten Effekt der Gruppe bei konservativer Rückfallkodierung ($\chi^2(1)=2.18, p=.084, B=-.20, HR=0.82$ (95% CI: 0.65 - 1.03)). Eine Cox-Regression unter Adjustierung von Kovariaten und mit konservativer Rückfallkodierung (Dropout=Relapse) erbrachte einen signifikanten Einfluss der Gruppe, $\chi^2(7)=27.67, p=.040, B=-.24, HR=0.79$ (95% CI: 0.63 - 0.98) auf das Rückfallrisiko. Die multiple Imputation fehlender Werte bestätigte diese Ergebnisse.

Abbildung 4
 Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Intention-To-Treat)



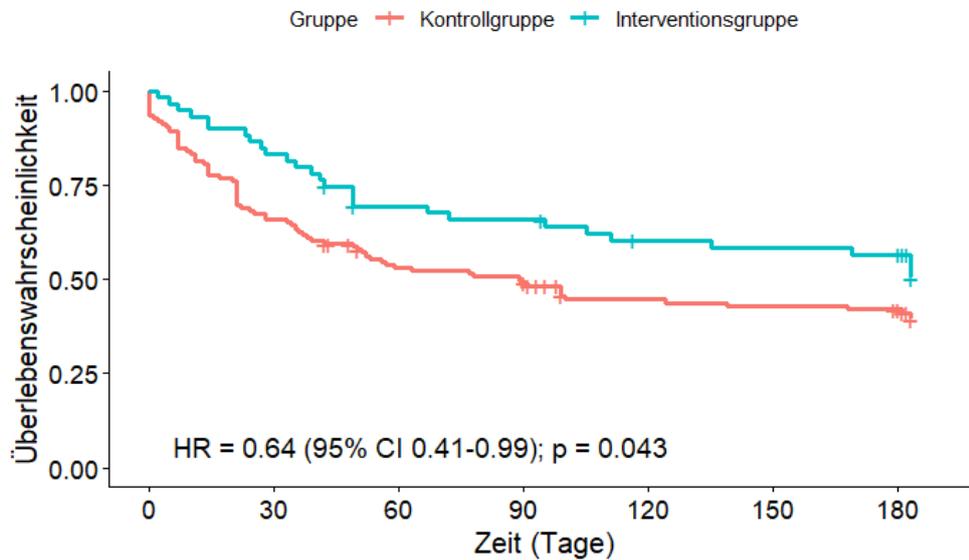
		Number at risk						
Gruppe	Kontrollgruppe	181	91	66	62	50	48	46
	Interventionsgruppe	175	104	78	70	62	60	57
		0	30	60	90	120	150	180

Anmerkungen. Kum. Überlebenswahrscheinlichkeit = Prozentsatz der Personen ohne Ereignis, d.h. ohne Rückfall.

Die Per-Protocol-Analyse hinsichtlich der gesamten Interventionsnutzung (mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in beliebigen 5 der ersten 6 Wochen & mindestens fünf Coachings) wurde von 60 Personen erfüllt, hiervon lagen von 59 Personen Daten in dem FAS vor. Es zeigte sich, dass 27 der 59 Personen (46%) nach durchschnittlich 119.03 (SD=71.54) Tagen rückfällig waren. Ohne Adjustierung von Kovariaten (Log-Rank-Test) zeigte sich ein signifikanter Einfluss der Gruppe auf das Rückfallrisiko (KG: 59 zensiert, 79 mit Ereignis; IG: 32 zensiert, 27 mit Ereignis), $\chi^2(1)=4.14$, $p=.043$, $B=-0.454$, $HR=0.64$ (95% CI: 0.41 - 0.99). Die Hazard Ratio impliziert, dass die IG ein 0.64-faches Rückfallrisiko verglichen mit der KG aufweist. Die Anzahl an Zensierungen bezieht sich auf Personen, die am Studienende zensiert wurden sowie auf die Personen, die während des Follow-Up-Zeitraums vor Studienende zensiert wurden. Auch nach Adjustierung von Kovariaten zeigte sich in der Cox-Regression ein signifikanter Effekt ($\chi^2(7)=39.36$, $p=.032$, $B=-0.49$, $HR=0.62$ (95% CI: 0.39 - 0.96)). Die Abstinenzrate ist in einem Kaplan-Meier-Plot in Abbildung 5 dargestellt. Die Ergebnisse hinsichtlich der App-Nutzungs-Empfehlung (mindestens 15 Minuten pro Woche in beliebigen 5 der ersten 6 Wochen) unterschieden sich hiervon nicht, da dieselben Personen, die das App-Nutzungs-Kriterium erfüllten, auch das Coaching-Kriterium erfüllten. Die Per-Protocol-Analyse hinsichtlich der Coaching-Empfehlung (≥ 5) wurde von 136 Personen erfüllt, hiervon lagen von 128 Personen Daten in dem FAS vor. 64 (50%) der 128 Personen hatten einen Rückfall nach durchschnittlich 105.70 (SD=74.56) Tagen. Ohne Adjustierung von Kovariaten (Log-Rank-Test) zeigte sich kein signifikanter Effekt der Gruppe (KG: 59 zensiert, 79 mit Ereignis; IG: 64 zensiert, 64 mit Ereignis; $\chi^2(1)=2.56$, $p=.111$, $B=-0.27$, $HR=0.76$ (95% CI: 0.55 - 1.06)). Nach Adjustierung von Kovariaten zeigte sich in der Cox-Regression ein signifikanter Effekt ($\chi^2(7)=35.25$, $p=.046$, $B=-0.34$, $HR=0.71$ (95% CI: 0.51 - 0.99)). Die Hazard Ratio impliziert, dass die IG ein 0.76-fach bzw. 0.71 niedrigeres Rückfallrisiko im Vergleich zur KG aufweist. Die entsprechende Abstinenzrate ist im Kaplan-Meier-Plot in Abbildung 6 ersichtlich. Die Anzahl der Minuten in der App ($M=33.23$, $SD=33.07$) und der wahrgenommenen Coachings ($M=5.06$, $SD=1.83$) hatten keinen Einfluss auf das Rückfallrisiko in einer separaten Cox-Survival-Analyse mit ausschließlich diesen Kovariaten ($p_s > .400$).

Abbildung 5

Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Per-Protocol, mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in 5 beliebigen der 6 Interventionswochen & mindestens 5 Coachings)

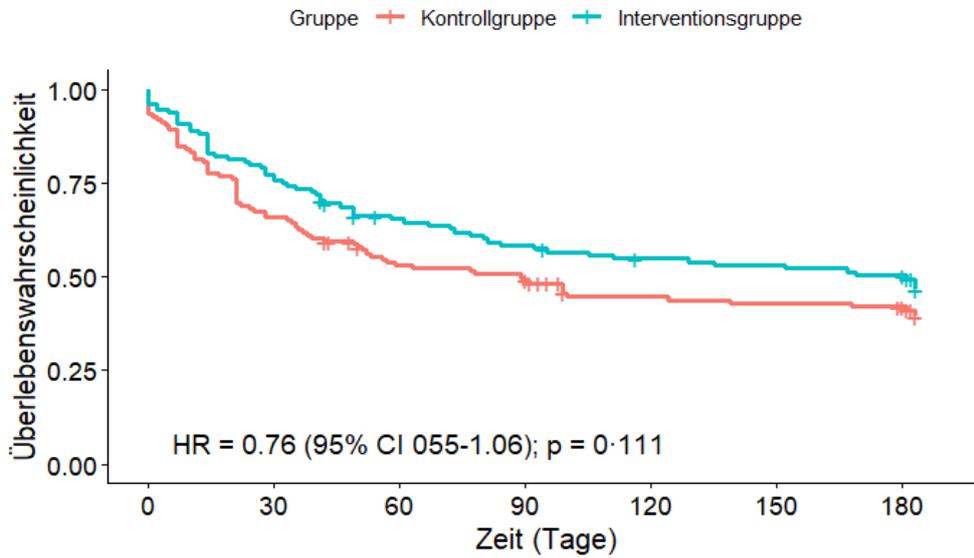


		Number at risk						
Gruppe	Kontrollgruppe	138	91	66	62	50	48	46
	Interventionsgruppe	59	49	39	37	32	31	30
		0	30	60	90	120	150	180
		Zeit (Tage)						

Anmerkungen. Überlebenswahrscheinlichkeit = Prozentsatz der Personen ohne Ereignis, d.h. ohne Rückfall.

Abbildung 6

Kaplan-Meier-Plot mit Abstinenzraten (Per-Protocol, mindestens fünf Coachings)



		Number at risk						
Gruppe		0	30	60	90	120	150	180
		Kontrollgruppe	138	91	66	62	50	48
	Interventionsgruppe	128	99	75	67	61	59	56

Anmerkungen. Kum. Überlebenswahrscheinlichkeit = Prozentsatz der Personen ohne Ereignis, d.h. ohne Rückfall.

Insgesamt konnte die erste Hypothese, dass die Intervention das Rückfallrisiko reduziert, gestützt werden, nämlich insbesondere unter der Voraussetzung, dass die Nutzungsempfehlung der gesamten Intervention (Coaching und App) erfüllt wurde. Hierbei wurde der Effekt der Gruppe auch ohne Kovariatenadjustierung signifikant. Mit der statistisch überlegenen Cox-Regression, unter Adjustierung relevanter Baseline-Werte, zeigte sich auch ein signifikanter Gruppeneffekt beim Gesamtkollektiv.

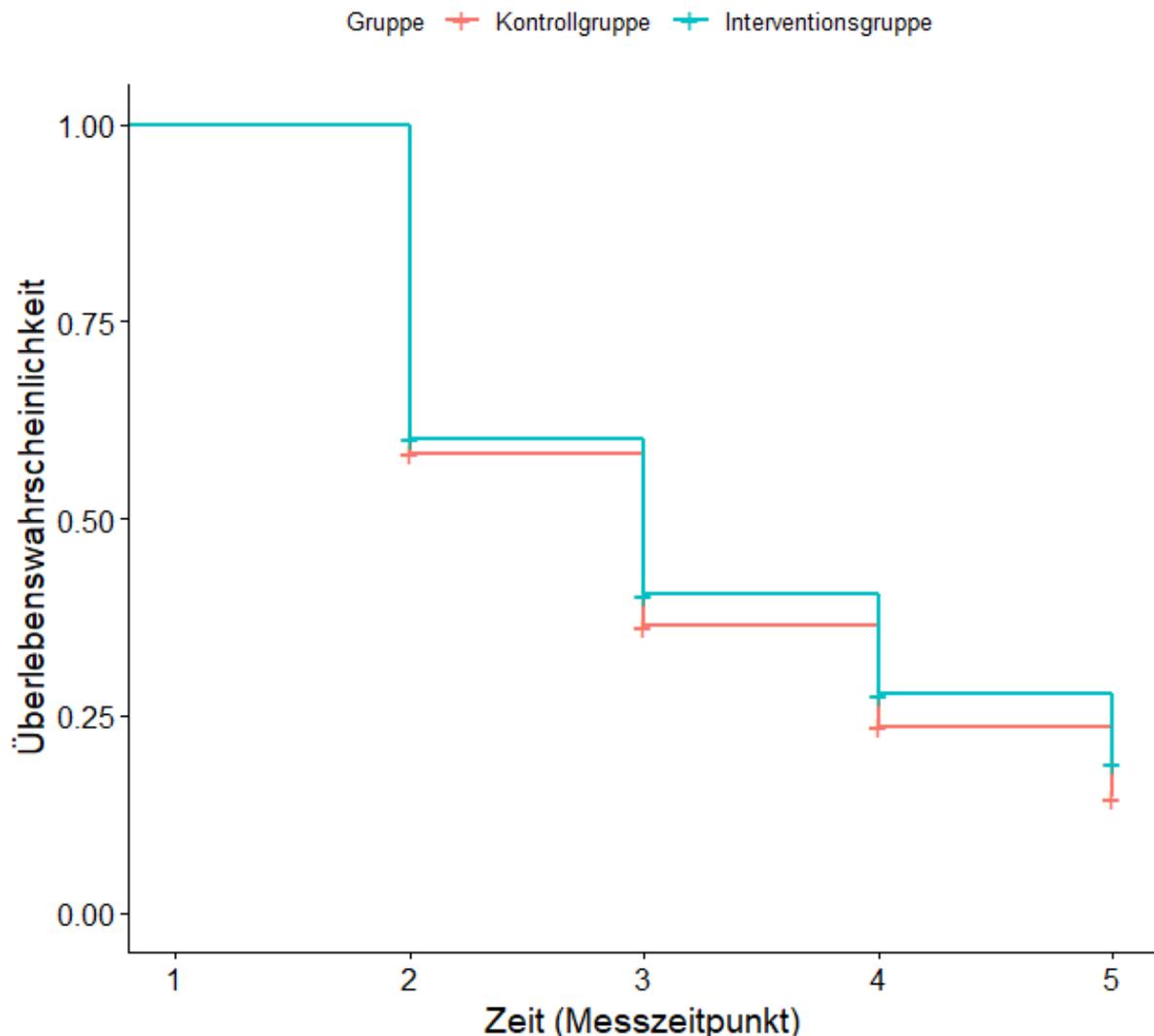
Sekundäre Forschungshypothesen SH1, SH2 & SH3 (key secondary outcome=zeitnahe Aufnahme Anschlussmaßnahmen & weniger Abbrüche)

Ein Log-Rank-Test mit dem FAS und Intervallzensurierung erbrachte keinen Einfluss der Gruppe, ($B=-.0.113$, $HR=0.89$ (95% CI: 0.69 - 1.16, $p = 0.400$), auf die Dauer bis zur ersten Aufnahme einer Anschlussmaßnahme (KG: 37 zensiert, 119 mit Ereignis, 25 fehlend; IG: 38 zensiert, 110 mit Ereignis, 27 fehlend). Unter Adjustierung der soziodemographischen und klinischen Kovariaten ergab sich in einer Cox-Regression mit Intervallzensurierung ebenfalls kein signifikanter Effekt der Gruppe ($B=-0.066$, $HR = 0.94$ (95% CI: 0.70 – 1.25), $p = .654$). Auch nach multipler

Imputation fehlender Werte zeigte sich kein Einfluss der Gruppe. Der Anteil von Proband*innen, die keine Maßnahme in Anspruch genommen haben, ist in Abbildung 7 dargestellt. Die absoluten Zahlen sind in Tabelle 9a-d (siehe Anhang 1, Abschnitt 1.1) aufgeführt.

Abbildung 7

Dauer bis zur ersten Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen



Anmerkungen. Überlebenswahrscheinlichkeit = Prozentsatz der Personen ohne Ereignis (Aufnahme einer Anschlussmaßnahme).

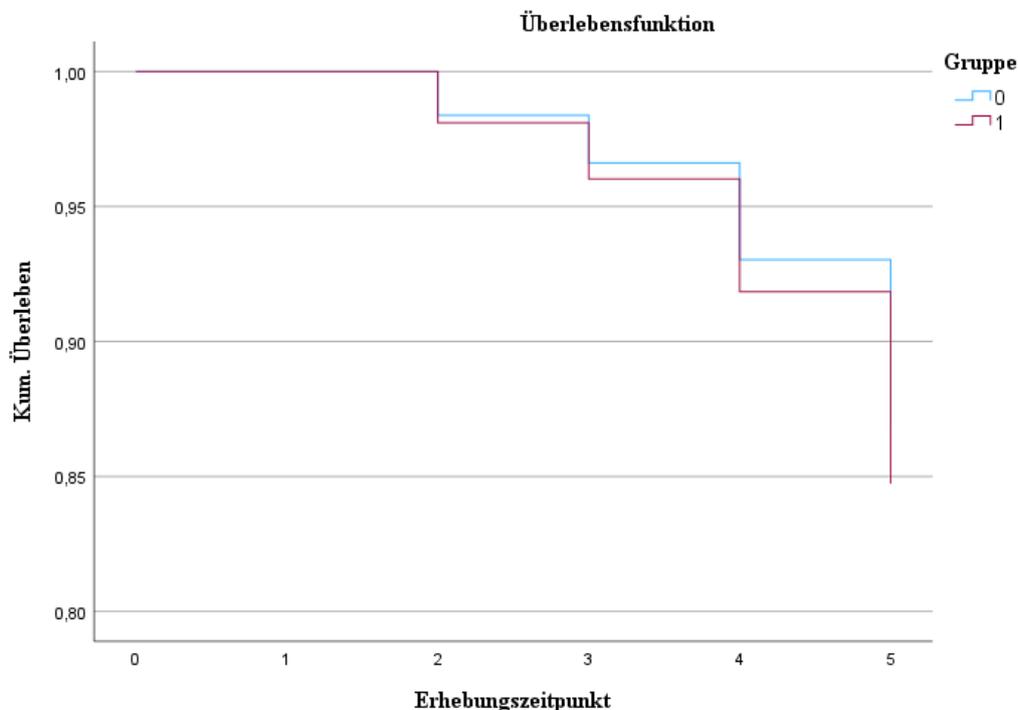
Als Sekundäranalyse wurde in drei weiteren Survivalanalysen berechnet, inwieweit die Gruppe einen Einfluss auf die Dauer bis zur ersten Inanspruchnahme einer Beratung, einer Nachsorge oder einer medizinischen Rehabilitation hat. Es konnte kein signifikanter Einfluss der Gruppe gezeigt werden.

Die Survivalanalyse mit einem Log-Rank-Test mit dem FAS erbrachte keinen Einfluss der Gruppe, $\chi^2(1)=.167$, $p=.683$, $B=-.164$, $\text{Exp}(B)=0.849$, auf die Dauer bis zum ersten Abbruch einer Anschlussmaßnahme (KG: 107 zensiert, 12 mit Ereignis, 62 fehlend; IG: 96 zensiert, 13 mit Ereignis, 66 fehlend). Auch nach multipler Imputation fehlender Werte zeigte sich kein Einfluss

der Gruppe. Der Anteil der Proband*innen, die keine Maßnahme abgebrochen haben, ist in Abbildung 8 dargestellt.

Abbildung 8

Dauer bis zum ersten Abbruch von Anschlussmaßnahmen



Anmerkungen. Kum. Überleben= Prozentsatz der Personen ohne Ereignis. Gruppe 0 = Kontrollgruppe. Gruppe 1= Interventionsgruppe.

Somit konnte die zweite Hypothese, dass die Intervention zu einer zeitnaheren Aufnahme und weniger Abbrüchen einer Anschlussmaßnahme führt, nicht gestützt werden.

Sekundäre Forschungshypothese SH4 (key secondary outcome=Schwere der Alkoholabhängigkeit sowie Abhängigkeitssymptomatik)

Schwere

Um die Veränderungen in der Schwere der Alkoholabhängigkeit zwischen den Gruppen zu bestimmen, wurden proportional odds logistic Modelle unter Adjustierung des Baseline-Scores, Alter sowie Geschlecht berechnet. Aufgrund von Konvergenzproblemen wurde die Kovariate Klinik nicht mit betrachtet. Die Proportional Odds Annahme konnte in allen Modellen bestätigt werden.

Hierbei zeigte sich für die SESA Einengung Score in der Interventionsgruppe eine Abnahme des medianen Scores von 11 auf 3 Punkte und in der Kontrollgruppe eine Abnahme von 11 auf 4 Punkte zwischen Baseline und sechs Monate nach Randomisierung (T5). Es zeigen sich keine signifikanten Gruppenunterschiede zwischen den Behandlungsgruppen nach sechs Monaten (adjustiertes Odds Ratio: 0.80 (95% CI 0.47 – 1.35), $p = .393$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bei der SESA Körperliche Entzugsserscheinungen Score zeigte sich eine Abnahme des medianen Scores in beiden Gruppen zwischen Baseline und sechs Monate nach Randomisierung von 5 auf 1. Sechs Monate nach Randomisierung bestanden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen (adjustiertes Odds Ratio: 0.71 (95% CI 0.44 – 1.13), $p = .149$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Bezüglich des SESA Vermeidung von Entzugssymptomen Scores zeigte sich eine Abnahme des medianen Scores von 4 auf 1 Punkt in der Interventionsgruppe bzw. 5 auf 1 Punkt in der Kontrollgruppe nach 6 Monaten in beiden Gruppen. Sechs Monate nach Randomisierung bestand kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen (adjustiertes Odds Ratio: 0.85 (95% CI 0.46 – 1.58), $p = .623$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Schließlich zeigte sich des SESA Psychische Entzugsserscheinungen Scores eine Abnahme des medianen Scores nach sechs Monaten von 20 auf 3 Punkte in der Interventionsgruppe und von 20 auf 6 Punkte in der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (adjustiertes Odds Ratio: 0.66 (95% CI 0.41 – 1.07), $p = .091$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Als vergleichende Analyse wurden für das FAS zusätzlich McNemar-Tests für die veränderten Häufigkeiten jeder SESA-Kategorie (siehe Erhebungsinstrumente) für die verschiedenen Subskalen zu T1 vs. T5 berechnet. Bei der Einengung zeigte sich sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) eine Abnahme in Kategorie 3 (hohe Symptomatik) (KG: 26 zu 0, $\chi^2(1)=24.038$, $p<.001$, $V=.461$; IG: 32 zu 0, $\chi^2(1)=30.031$, $p<.001$, $V=.530$). In Kategorie 2 (near-to-symptom-free) zeigte sich keine Veränderung in der IG und KG. In Kategorie 1 (symptom-free) zeigte nur die IG eine Zunahme (32 zu 52, $\chi^2(1)=7.848$, $p=.005$, $V=.271$).

Bei den körperlichen Entzugssymptomen zeigte sich sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) eine Zunahme in Kategorie 1 (KG: 27 zu 63, $\chi^2(1)=21.875$, $p<.001$, $V=.440$; IG: 32 zu 68, $\chi^2(1)=23.558$, $p<.001$, $V=.469$) als auch eine Abnahme in Kategorie 3 (KG: 36 zu 0, $\chi^2(1)=34.028$, $p<.001$, $V=.549$; IG: 25 zu 0, $\chi^2(1)=23.040$, $p<.001$, $V=.464$). In Kategorie 2 zeigte sich keine Veränderung in der IG und KG.

Bei den psychischen Entzugsserscheinungen zeigte sich sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) eine Abnahme in Kategorie 3 (KG: 29 zu 0, $\chi^2(1)=27.034$, $p<.001$, $V=.489$; IG: 27 zu 0, $\chi^2(1)=25.037$, $p<.001$, $V=.484$). In Kategorie 1 zeigte nur die IG eine Zunahme (24 zu 48, $\chi^2(1)=12.595$, $p=.001$, $V=.343$). In Kategorie 2 zeigte nur die KG eine Zunahme (55 zu 74, $\chi^2(1)=6.113$, $p=.013$, $V=.233$).

Bei der Vermeidung von Entzugsserscheinungen zeigte sich sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) eine Zunahme in Kategorie 1 (KG: 26 zu 81, $\chi^2(1)=47.803$, $p<.001$, $V=.650$; IG: 38 zu 82, $\chi^2(1)=33.018$, $p<.001$, $V=.555$), eine Abnahme in Kategorie 2 (KG: 64 zu 32, $\chi^2(1)=17.161$, $p<.001$, $V=.390$; IG: 46 zu 25, $\chi^2(1)=7.843$, $p=.005$, $V=.271$) und eine Abnahme in Kategorie 3 (KG: 23 zu 0, $\chi^2(1)=21.043$, $p<.001$, $V=.432$; IG: 23 zu 0, $\chi^2(1)=21.043$, $p<.001$, $V=.443$).

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion des SESA-Scores zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (Zunahme der SESA-Scores) ergaben. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen. Lediglich für den SESA-Psychische-Entzugssymptome-Score ergab sich ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Symptomverschlechterung ($\chi^2(1)=4.466$, $p=.035$, $V=.142$). Dabei zeigten sich in der IG weniger Symptomverschlechterungen (6 zu 101 ohne Verschlechterung) als in der KG (16 zu 97 ohne Verschlechterung).

Bei der Anzahl an Diagnosekriterien des SCID zeigte sich von Baseline zu dem Messzeitpunkt nach sechs Monaten eine Abnahme von 9 Kriterien auf 1 Kriterium sowohl in der Interventions- als auch in der Kontrollgruppe. Nach sechs Monaten gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen (adjustiertes Odds Ratio: 0.77 (95% CI 0.46 – 1.29), $p = .321$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Als vergleichende Analyse wurden für das FAS zusätzlich McNemar-Tests für die veränderten Häufigkeiten jeder SCID-Kategorie (siehe Erhebungsinstrumente) zu T1 vs. T5 berechnet. Sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) zeigte sich eine Zunahme der Häufigkeiten in Kategorie 1 (KG: 0 zu 57, $\chi^2(1)=55.018$, $p<.001$, $V=.698$; IG: 0 zu 56, $\chi^2(1)=63.015$, $p<.001$, $V=.767$) sowie eine Abnahme in Kategorie 4 (KG: 104 zu 39, $\chi^2(1)=63.015$, $p<.001$, $V=.747$; IG: 93 zu 30, $\chi^2(1)=61.016$, $p<.001$, $V=.755$). In Kategorie 2 zeigte sich nur in der KG eine Zunahme der Häufigkeiten (0 zu 7, $\chi^2(1)=5.143$, $p=.023$, $V=.213$). In absoluten Häufigkeiten betraf dies allerdings nur 2 Personen. In Kategorie 3 zeigte sich keine Veränderung in der IG und KG. Ein weiterer Gruppenvergleich zwischen IG und KG ergab keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Erfüllung der Diagnosekriterien zu T5. In der KG galten 57 von 112 Personen als frühremittiert (keine Erfüllung der Kriterien mehr in den letzten 6 Monaten), in der IG galten 64 von 106 Personen als frühremittiert.

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion des SCID-Scores zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (=Zunahme des SCID-Scores) ergaben. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Mehrebenenmodelle mit dem FAS zeigten für den AUDIT Gesamtscore verbesserte Werte bei der Interventionsgruppe, jedoch waren die adjustierten Behandlungsunterschiede nicht signifikant (T3: -1.59 (95% CI -3.94 – 0.76), $p = .183$, T4: -1.95 (95% CI -4.29 – 0.40), $p = .099$, T5: -1.16 (95% CI -3.58 – 1.27), $p = .346$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Als vergleichende Analyse wurden für das FAS zusätzlich McNemar-Tests für die veränderten Häufigkeiten jeder AUDIT-Kategorie (siehe Erhebungsinstrumente) zu T1 vs. T5 berechnet. Sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=107$) zeigte sich eine Zunahme der Häufigkeiten in Kategorie 1 (KG: 1 zu 55, $\chi^2(1)=52.019$, $p<.001$, $V=.678$; IG: 1 zu 63, $\chi^2(1)=58.141$, $p<.001$, $V=.737$) sowie eine Abnahme in Kategorie 4 (KG: 97 zu 30, $\chi^2(1)=61.352$, $p<.001$, $V=.737$; IG: 89 zu 22, $\chi^2(1)=61.352$, $p<.001$, $V=.757$). In Kategorie 2 zeigte sich nur in der IG eine Zunahme der Häufigkeiten (5 zu 15, $\chi^2(1)=5.063$, $p=.024$, $V=.218$) mit einem mittleren bis großen Effekt. In Kategorie 3 zeigte sich keine Veränderung in der IG und KG.

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion des AUDIT-Scores zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (=Zunahme des AUDIT-Scores) ergaben. Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Symptomatik

Um die Unterschiede zwischen den Gruppen bezüglich der Anzahl an Trinktagen innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten zu analysieren, wurden negative-binomiale Regressionsmodelle durchgeführt. Hier zeigte sich eine mediane Anzahl an Trinktagen in der Interventionsgruppe von 20 und in der Kontrollgruppe von 31. Diese Unterschiede zeigen sich auch im Effektstärkenmaß, der Incidence Risk Ratio. Der Effekt wird jedoch nicht signifikant (IRR = 0.77

(95% CI 0.52 – 1.14), $p = .169$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion der Trinktage zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (=Zunahme der Trinktage). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Über einen Zeitraum von sechs Monaten zeigten sich Unterschiede in der Anzahl an Gramm pro Tagen zwischen den Gruppen, dieser adjustierte Mittelwertsunterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (-8.24, 95% CI -19.45 – 2.86, $p = .162$). Als vergleichende Analyse wurden für das FAS zusätzlich McNemar-Tests für die veränderten Häufigkeiten jeder TLFB-Kategorie (siehe Erhebungsinstrumente) zu T1 vs. T5 berechnet. Sowohl in der KG ($n=113$) als auch in der IG ($n=110$) zeigte sich eine Zunahme der Häufigkeiten in Kategorie 1 (KG: 8 zu 44, $\chi^2(1)=26.630$, $p<.001$, $V=.485$; IG: 5 zu 51, $\chi^2(1)=38.942$, $p<.001$, $V=.603$) und in Kategorie 2 (KG: 15 zu 48, $\chi^2(1)=21.787$, $p<.001$, $V=.439$; IG: 13 zu 44, $\chi^2(1)=20.000$, $p<.001$, $V=.432$) sowie eine Abnahme in Kategorie 3 (KG: 37 zu 16, $\chi^2(1)=9.302$, $p=.002$, $V=.287$; IG: 33 zu 12, $\chi^2(1)=8.889$, $p=.003$, $V=.288$) und Kategorie 4 (KG: 53 zu 5, $\chi^2(1)=42.481$, $p<.001$, $V=.613$; IG: 59 zu 3, $\chi^2(1)=54.018$, $p<.001$, $V=.711$).

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion der Trinkmenge zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (=Reduktion der Trinkmenge). Es zeigte sich jeweils ein kleiner bis mittlerer Gruppenunterschied für die Symptomverbesserung (KG: 76 von 113; IG: 87 von 110; $\chi^2(1)=3.969$, $p=.046$, $V=.193$) und die Symptomverschlechterung (KG: 21 von 113; IG: 10 von 110; $\chi^2(1)=4.197$, $p=.040$, $V=.198$).

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für das Craving im Sinne des OCDS-G-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten. Die adjustierte Mittelwertsdifferenz war jedoch weder nach 3 Wochen (-0.75, 95% CI -1.62 - 0.11, $p = .093$), nach 3 Monaten (-0.48, 95% CI -1.41 – 0.46, $p = .320$) noch nach 6 Monaten (-0.36, 95% CI -1.29 – 0.57, $p = .451$) signifikant. Nach sechs Wochen zeigte sich ein marginaler, jedoch statistisch nicht signifikanter Effekt (-0.88, 95% CI -1.77 – 0.01, $p = .052$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu beliebigen Zeitpunkten.

Als weitere vergleichende Analyse wurde untersucht, ob sich Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben hinsichtlich der Häufigkeit einer 50%-igen Symptomverbesserung (=Reduktion des OCDSG-Scores zu T5 im Vergleich zu T1) oder einer 30%-igen Symptomverschlechterung (=Zunahme des OCDSG-Scores). Es gab keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen.

Insgesamt widersprechen die Ergebnisse weitestgehend der Hypothese, dass die Intervention die Schwere der Abhängigkeit reduziert. Allerdings zeigen sich deskriptiv Unterschiede zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe sowie beim Craving marginale, jedoch statistisch nicht signifikante Unterschiede. Nach 6 Wochen sind die Response Rates hinsichtlich einer 50%-igen Reduktion der Trinkmenge in der IG höher als in der KG und weniger Personen der IG zeigten eine 30%-ige Erhöhung der Trinkmenge als in der KG. Auch bei den Psychischen Entzugserscheinungen zeigt die IG weniger Symptomverschlechterungen. Hinsichtlich der Änderungen der Symptomklassifizierung sind die Befunde gemischt (teilweise zugunsten der KG und teilweise zugunsten der IG).

Sekundäre Forschungshypothese SH5 (Lebensqualität)

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für das Wohlbefinden im Sinne des WHO-5-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten. Die adjustierte Mittelwertsdifferenz zeigte nach sechs Wochen einen marginalen, statistisch jedoch nicht signifikanten Effekt der Gruppe (1.30, 95% CI 0.00 – 2.60, $p = .050$), aber keine statistisch signifikanten Effekte nach sechs Monaten (0.30, 95% CI -1.18 – 1.78, $p = .603$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen nach sechs Wochen bzw. Monaten.

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für die gesundheitsbezogene Lebensqualität im Sinne des EQ-5D-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten. Die adjustierten Mittelwertsdifferenzen unterschieden sich jedoch nicht statistisch signifikant zwischen den Behandlungsgruppen, weder nach sechs Wochen (0.04, 95% CI -0.01 – 0.08, $p = .096$), drei Monaten (0.02, 95% CI -0.02 – 0.07, $p = .311$), noch sechs Monaten (0.04, 95% CI -0.01 – 0.08, $p = .124$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu irgendeinem beliebigen Messzeitpunkt.

Insgesamt zeigen sich deskriptive verbesserte Werte in der Lebensqualität in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe. Jedoch kann die Hypothese, dass die Intervention die Lebensqualität verbessert, nicht statistisch signifikant bestätigt werden.

Sekundäre Forschungshypothesen SH6, SH7 & SH8 (mentale Gesundheit)

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für die generalisierte Ängstlichkeit im Sinne des GAD-7-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten. Die adjustierte Mittelwertsdifferenz wurde jedoch zu keinem Messzeitpunkt signifikant, weder nach drei Wochen (-0.43, 95% CI -1.39 – 0.54, $p = .389$), sechs Wochen (-0.52, 95% CI -1.51 – 0.48, $p = .310$), drei Monaten (-0.43, 95% CI -1.46 – 0.61, $p = .417$), noch sechs Monaten (-0.10, 95% CI -1.17 – 0.97, $p = .862$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu irgendeinem Zeitpunkt.

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für die Depressivität im Sinne des PHQ-9-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten außer nach 3 Wochen. Die adjustierte Mittelwertsdifferenz wurde jedoch zu keinem Messzeitpunkt signifikant, weder nach drei Wochen (0.14, 95% CI -1.00 – 1.29, $p = .813$), sechs Wochen (-1.07, 95% CI -2.26 – 0.11, $p = .081$), drei Monaten (-0.43, 95% CI -1.71 – 0.85, $p = .508$), noch sechs Monaten (-0.44, 95% CI -1.70 – 0.82, $p = .489$). Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen zu irgendeinem Zeitpunkt.

Die Mehrebenenmodelle mit dem FAS erbrachten für die Schlafqualität im Sinne des PSQI-Gesamtscores verbesserte Werte in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe zu allen Zeitpunkten. Nach drei Monaten zeigten sich dabei signifikante adjustierte Mittelwertsdifferenzen (0.20, 95% CI 0.01 – 0.39, $p = .041$), nicht jedoch nach drei Wochen (0.15, 95% CI -0.02 – 0.33, $p = .090$), sechs Wochen (0.15, 95% CI -0.03 – 0.33, $p = .108$) oder sechs Monaten (0.16, 95% CI -0.03 – 0.35, $p = .099$). Nach multipler Imputation bestätigten sich die Effekte eines signifikanten Unterschieds nach drei Monaten, nicht jedoch zu den sonstigen Messzeitpunkten.

Insgesamt widersprechen die Befunde der Hypothese, dass die Intervention die sekundäre Symptomatik positiv beeinflusst bezüglich angstbezogener und depressiver Symptomatik. Die

Schlafqualität verbesserte sich jedoch statistisch signifikant in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe nach drei Monaten.

Sekundäre Forschungshypothese SH11 (Mediierende Faktoren)

Da in den Analysen lediglich für das primäre Outcome ein Effekt der Intervention indiziert wurde (signifikanter Einfluss bei Cox-Regression und signifikanter Einfluss bei Per-Protocol-Analyse), wurde der mediierende Einfluss der Dauer bis zur ersten Anschlussmaßnahme lediglich im Rahmen einer Survivalanalyse für das primäre Outcome untersucht.

Es zeigten sich keine vermittelnden Effekte (siehe Tabelle 18). Allerdings zeigte sich ein direkter, mittlerer Effekt der Gruppe auf die Tage bis zum ersten Rückfall. Dieser Effekt war nach Bonferroni-Holm-Korrektur allerdings nicht mehr signifikant. Dies impliziert, dass in der IG tendenziell (wenn auch nicht signifikant) mehr Tage verstrichen, bis es zum ersten Rückfall kam. Nach multipler Imputation fehlender Werte zeigte sich kein direkter oder indirekter Effekt.

Tabelle 18

Ergebnisse der Mediationsanalysen mit PROCESS (Intention to treat) für den Einfluss der Gruppe auf das primäre Outcome, vermittelt über die Zeit bis zur ersten Anschlussmaßnahme

Outcome	Totaler Effekt		Direkter Effekt		Indirekter Effekt (bootstrapping)	
	β	p	β	p	CI lower boundary	CI upper boundary
Tage bis erster Rückfall	.247	.065	.270	.031*	-.090	.031
Tage bis erster Rückfall konservativ	.188	.127	.201	.103	-.056	.015
Rückfall (ja)	n.a.	n.a.	-.303	.263	-.034	.171
Rückfall konservativ (ja)	n.a.	n.a.	-.249	.334	-.027	.091

Anmerkung. n.a.=nicht vorhanden; * $p < .05$.

Insgesamt widersprechen die Ergebnisse der Hypothese, dass die Intervention die zeitnahe Aufnahme von Anschlussmaßnahmen fördert und daher positive Effekte erzielt.

Sekundäre Forschungshypothese SH12 & SH13 (Moderierende Faktoren)

Da in den Analysen für das primäre Outcome ein Effekt der Intervention indiziert wurde (signifikanter Einfluss bei Cox-Regression und signifikanter Einfluss bei Per-Protocol-Analyse), wurde der moderierende Einfluss von Bildungsdauer und Wohnort lediglich im Rahmen einer Moderationsanalyse für das primäre Outcome untersucht.

In der Cox Regression mit den genannten Kovariaten zeigte sich kein statistisch signifikanter Einfluss der Bildungsdauer ($B = -.021$, $p = .393$, $HR = 0.98$, 95% CI 0.93 – 1.03) sowie keine Interaktion zwischen der Gruppe und der Bildungsdauer ($B = -.027$, $p = .066$, $HR = 0.97$, 95% CI 0.95 – 1.00). Eine Cox-Regression unter Adjustierung der sechs genannten Kovariaten zeigte einen Effekt des Wohnortes auf die Effektivität der Intervention: Während in Gemeinden/Dörfern/Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern ($B = .04$, $p = .885$, $HR = 1.04$, 95% CI 0.60 – 1.80) das Hazard Ratio sehr nahe bei 1 liegt und damit kein Unterschied zwischen Interventions- und Kontrollgruppe postuliert werden kann, zeigt sich eine deutliche, jedoch statistisch

nicht signifikante, Verringerung des Hazards in der Interventionsgruppe sowohl in Mittelstädten ($B=-.79$, $p=.163$, $HR=0.45$, 95% CI 0.15 – 1.38) als auch in Großstädten ($B=-.59$, $p=.108$, $HR=0.55$, 95% CI 0.27 – 1.14).

Tabelle 19
Ergebnisse der Cox-Regression zum Einfluss des Wohnorts

	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe	p-Wert
Effekt des Wohnorts			
Gemeinde, Dorf, Kleinstadt (<20.000 Einwohner), adjustiert	1.04 (0.60 - 1.80)	Ref	0.885
Mittelstadt (20.000 bis 99.999 Einwohner), adjustiert	0.45 (0.15 - 1.38)	Ref	0.163
Großstadt (≥ 100.000 Einwohner), adjustiert	0.55 (0.27 - 1.14)	Ref	0.108

Gezeigt sind Hazard Ratios und 95% Konfidenzintervalle, falls nicht anders angegeben. Die Cox Regression ist adjustiert für Alter, Geschlecht, missbräuchlicher Alkoholkonsum (AUDIT), Craving (OCDS-G), depressive Symptome (PHQ-9) und ängstliche Symptome (GAD-7).

Insgesamt widersprechen die Ergebnisse der Hypothese, dass die Effekte der Intervention bei Personen mit höherer Bildung stärker ausgeprägt sind. Allerdings hat die Intervention insbesondere in Mittel- und Großstädten einen positiven Einfluss auf das Rückfallrisiko, wobei der Effekt nicht signifikant ist. In Gemeinden/Dörfern/Kleinstädten mit weniger als 20.000 Einwohnern scheint es keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen bezüglich des Rückfallrisikos zu geben. Zu beachten ist, dass dies nur das full analysis set betrifft.

Quartäre Forschungshypothesen QH1 und QH2 (explorative Analyse prädiktiver Faktoren)

Eine parallele Mediationsanalyse mit *PROCESS* untersuchte, ob die Ausprägung von Achtsamkeit und Impulsivität am Ende der Intervention (bei gleichzeitiger Kontrolle für die Baseline-Werte) den Einfluss der Gruppe (IG vs. KG) auf das primäre Outcome (Rückfallrisiko = Rückfallquote und Zeit bis zum ersten Rückfall; FAS) mediiert. Die Ergebnisse in Tabelle 20 zeigen, dass es keinen indirekten Effekt der Gruppe auf das Outcome via Achtsamkeit oder Impulsivität gibt. Folglich konnte diese Hypothese nicht gestützt werden.

Tabelle 20
Ergebnisse der Mediationsanalysen mit PROCESS (Intention to treat) für den Einfluss der Gruppe auf das primäre Outcome, vermittelt über Achtsamkeit und Impulsivität

Outcome	Totaler Effekt		Direkter Effekt		Indirekter Effekt (partiell standardisiert)			
	β	p	β	p	Achtsamkeit		Impulsivität	
					CI lower	CI upper	CI lower	CI upper
Tage bis erster Rückfall	.113	.404	.109	.400	-.085	.039	-.019	.084
Rückfall (1=ja)			-.148	.612	-.078	.166	-.216	.037

Outcome	Totaler Effekt		Direkter Effekt		Indirekter Effekt (partiell standardisiert)			
	β	p	β	p	Achtsamkeit		Impulsivität	
					CI lower	CI upper	CI lower	CI upper
Trinktage pro Woche	-.041	.774	-.032	.814	-.022	.052	-.087	.026

Prozessevaluation

Tertiäre Forschungshypothesen TH1, TH2 & TH3 (deskriptive Bewertung durch Patient*innen)

In Tabelle 21 (Anhang 1, Abschnitt 2.1) sind die deskriptiven Kennwerte der Fragebögen zur Bewertung der Intervention abgetragen. Die Werte des CEQ zur Postbefragung unterschieden sich nicht signifikant von den Erwartungen, die zur Baseline abgefragt wurden (Tabelle 14a). Der Mittelwert des CSQ liegt zwischen den vorgegebenen Kategorien „mildly satisfied“ (22-25 Punkte) und „satisfied“ (26-30). Die Bewertung des SUS liegt im Bereich „upper products“ (> 80 Punkte).

In Bezug auf die erreichbare Range sind die Mittelwerte von CEQ (6-54; Subskalen 3-27), Nützlichkeit (1-5), CSQ (8-32), SUS (0-100), SAI (7-35), WAI (15-60) und Häufigkeit der App-Nutzung (1-5; 3=mehrmals wöchentlich) als überdurchschnittlich zu beurteilen, während die Werte des NEQ (Auftreten 0-20, Ausmaß 0-40) als unterdurchschnittlich zu beurteilen sind. Im Schnitt nutzten die Proband*innen die App entsprechend des Selbstberichts 12 Minuten pro Woche ($M=12.79$, $SD=9.95$). Somit erfüllten die Proband*innen entsprechend ihrer eigenen Angaben die Nutzungsempfehlung der App im Schnitt nicht. Laut Nutzungsdaten der App verbrachten die Proband*innen im Schnitt allerdings 33 Minuten pro Woche ($M=33.23$, $SD=33.07$) in der App im Interventionszeitraum von sechs Wochen. Insgesamt erfüllten 60 Personen in der IG (34.3%) entsprechend dieses objektiven Kriteriums die Empfehlung von durchschnittlich 15 Minuten pro Woche in fünf beliebigen der sechs Interventionswochen.

Entsprechend der Protokolle der Coaches nahmen die Proband*innen im Interventionszeitraum an 5.06 Coachings teil ($SD= 1.83$, $Minimum=0$, $Maximum=6$). Insgesamt erfüllten 136 Personen (77.7%) der IG die Nutzungsempfehlung des Coachings. Dieselben 60 Personen (34.3%) der IG wie bei der Erfüllung der App-Nutzungs-Empfehlung waren auch diejenigen Teilnehmenden, die die kombinierte Interventionsnutzungsempfehlung von fünf Coachings und mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in fünf beliebigen der sechs Interventionswochen erfüllten, wobei alle 60 Personen jeweils 6 Coachings in Anspruch genommen haben.

Von 118 Proband*innen der Interventionsgruppe, die zum Messzeitpunkt T3.2 erreicht wurden, brachen vier die App laut eigenen Angaben vorzeitig ab (3.4 %). Gründe (als offene Frage erhoben) für einen vorzeitigen Abbruch der App waren unter anderem das Fehlen persönlichen Kontakts, mangelnde Motivation, zu wenig Zeit (je einmal) und andere Gründe (zweimal).

In Tabelle 22 sind die deskriptiven Ergebnisse der NEQ-Skala abgetragen, die erfasst, inwieweit die einzelnen negativen Effekte auf die SmartAssistEntz-Intervention zurückgeführt wurden. Insgesamt wird deutlich, dass die negativen Effekte im Interventionszeitraum meist anderen Ursachen als dem SmartAssistEntz-Programm selbst zugeschrieben werden. Allenfalls traten durch die Intervention wieder vermehrt alte negative Erinnerungen auf. Manche Teilnehmer*innen gaben außerdem an, die Inhalte des Programms nicht verstanden zu haben.

Tabelle 22

Deskriptive Ergebnisse der NEQ-Subskala Begründung durch den SmartAssistEntz-Ansatz

Negativer Effekt während Teilnahme an SmartAssistEntz	SmartAssistEntz (n([%]))	Andere Gründe (n([%]))
Größere Probleme mit Schlaf (n=34)	n.a.	34 (100.00)
Gestresster (n=17)	4 (23.50)	13 (76.50)
Mehr Angst (n=14)	1 (7.1)	13 (92.9)
Unruhiger (n=19)	1 (5.3)	18 (94.7)
Mehr Hoffnungslosigkeit (n=16)	n.a.	16 (100.0)
Mehr unangenehme Gefühle (n=16)	3 (18.8)	13 (81.3)
Mehr Problemverhalten (n=5)	n.a.	5 (100.0)
Alte unangenehme Erinnerungen verstärkt (n=44)	10 (22.7)	34 (77.3)
Angst, dass Teilnahme bekannt wird (n=3)	2 (66.6)	1 (33.3)
Gedanken an Selbsttötung (n=6)	n.a.	6 (100.0)
Scham für Teilnahme (n=4)	3 (75.0)	1 (25.0)
Kein Glauben mehr an Besserung (n=9)	2 (22.2)	7 (77.8)
Kein Glauben an Besserung des Problemverhaltens (n=5)	1 (20.0)	4 (80.0)
Abhängigkeitsentwicklung von SmartAssistEntz (n=5)	n.a.	5 (100.0)
Inhalte von SmartAssistEntz nicht verstanden (n=19)	14 (73.7)	5 (26.3)
Coach nicht verstanden (n=0)	n.a.	n.a.
Kein Vertrauen in SmartAssistEntz (n=3)	n.a.	3 (100.0)
SmartAssistEntz hat nichts gebracht (n=6)	5 (83.3)	1 (16.7)
Erwartungen an Coach nicht erfüllt (n=3)	1 (33.3)	2 (66.7)
Demotivation durch SmartAssistEntz (n=2)	n.a.	2 (100.0)

Anmerkung. Problemverhalten=Verhalten weswegen am SmartAssistEntz-Programm teilgenommen wird; n.a.=nicht vorhanden.

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für die Hypothese, dass die Patient*innen die Intervention als sinnvoll und hilfreich erachten.

Tertiäre Forschungshypothesen TH 4 & TH5 (Bewertung durch Behandler*innen und Coaches)

Erste und zweite Befragungswelle

Alle im Rahmen der Prozessevaluation bewerteten Funktionen und Bereiche der App (Dashboard, Abstinenzähler, Notfallbereich, Motivationsbereich, Favoriten) sowie die Auswahl der Kompetenzen und die Abfolge der Trainings wurden als hilfreich bis sehr hilfreich bewertet. Insbesondere der Abstinenzähler und der Notfallbereich wurden von allen Klinikpsycholog*innen und Coaches als sehr sinnvoll und positiv empfunden, da diese Bereiche für die Abstinenz und Abstinenzmotivation besonders hilfreich seien. Auch neue Aspekte des Prototyps für die zweite App-Version wurden als nützliche Änderungen wahrgenommen, z.B. die Terminanzeige des Coachings und die Anzeige der Aufgabendauer auf dem Dashboard. Ebenso wurde die Idee der Therapieplanerstellung über einen Algorithmus (für die zweite App-Version) als gut erachtet, da die Patient*innen so noch besser durch die App geführt werden und

noch mehr Struktur in der App erhalten würden. Dabei wurde von den Befragten als besonders positiv hervorgehoben, dass der Algorithmus die via Fragebogen in der App erfassten individuellen Bedürfnisse der Patient*innen miteinbeziehe, sodass die Abfolge der Aufgaben nun vollständig automatisiert auf die Bedürfnisse des*der jeweiligen Patient*in zugeschnitten wird. Bezüglich der Eingabefunktion der von den Patient*innen bei der Bearbeitung von Aufgaben generierten Inhalte kam die Idee auf, nicht mehr nur eine einzelne Eingabemöglichkeit (Text, Audio, Bild) pro Aufgabe zu ermöglichen, sondern mehrere Eingabemöglichkeiten gleichzeitig anzubieten, sodass jede Aufgabe sowohl in Text- als auch in Audio- und/oder Bildform bearbeitet werden kann. Wo dies inhaltlich Sinn machte, wurde diese Idee umgehend umgesetzt, wodurch Patient*innen in der zweiten App-Version eine noch größere Vielfalt an Möglichkeiten zur Aufgabebearbeitung geboten werden konnte. Zudem wurde gemeinsam mit den Behandler*innen überlegt, wie die Handhabung der App in der zweiten Version noch weiter vereinfacht werden könnte, um die App im Rahmen der agilen Interventionsentwicklung bestmöglich zu optimieren. Wo es technisch möglich war, wurden sämtliche Ideen von der mentalis GmbH direkt in die Finalisierung der zweiten App-Version einbezogen.

Dritte Befragungswelle

Erwartungen

Die acht befragten Behandler*innen hatten an das Projekt SmartAssistEntz (im Folgenden: „Projekt“) die Erwartung, dass es den Patient*innen nach dem Verlassen der Klinik Hilfestellung beim Finden einer Anschlussbehandlung gibt. Eine weitere Erwartung sei die tägliche Kontrolle durch die App (Abstinenztracker) sowie die Rückfallvermeidung gewesen. Zudem sei durch die Niedrigschwelligkeit der App und die Anonymität zu vermuten, dass Therapiehilfen leichter angenommen werden können.

Screening-/Rekrutierungsprozess

Es wurde berichtet, dass der Rekrutierungsprozess insgesamt gut funktioniert habe. Neben der Aufwandsentschädigung und der Ergänzung des individuellen Therapieplans in der zweiten App-Version habe der positive Erfahrungsbericht anderer Patient*innen die Rekrutierung erleichtert. Dabei sei die direkte Ansprache durch rekrutierenden Psycholog*innen besonders zielführend gewesen, während die Rekrutierung durch das Stationsteam nur in Beisein einer Oberärztin bzw. eines Oberarztes erfolgsversprechend gewesen sei. Nur wenige Patient*innen konnten nicht eingeschlossen werden, weil sie iPhones (die App ist bisher nur für Android-Geräte verfügbar) besaßen.

Die rekrutierenden Klinikpsycholog*innen fühlten sich gut über das Projekt und die App informiert und betonten die schnelle Reaktion des Projektteams im Fall von Fragen.

Ein Mehraufwand beim Onboarding ergab sich stellenweise durch unvorhersehbare technische Probleme mit den Geräten der Patient*innen. So mussten die Psycholog*innen bei einer Reihe von Patient*innen etwa die Spracheinstellungen der Geräte anpassen, Mailadressen neu einrichten oder Passwörter zurücksetzen. Außerdem sei es für die Rekrutierung von Vorteil gewesen, wenn 10-15 Minuten für den Erstkontakt mit den Patient*innen eingeplant wurden. Dadurch reagierten diese positiver auf das Projekt. Der Mehraufwand für SmartAssistEntz auf der Station sei durch die Stellenanteile im Projekt insgesamt gut abgedeckt gewesen.

Coaching

Das Coaching wurde von den beiden Coaches insgesamt als sehr sinnvoll betrachtet. Aus der Praxis äußern sie einige Einblicke, die weitere Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen.

Es wird berichtet, dass Telefontermine häufiger verschoben worden seien als dies bei persönlichen Praxisterminen üblicherweise der Fall sei.

In Bezug auf den Zeitraum der Patientengespräche herrscht Uneinigkeit unter den Coaches. Während auf der einen Seite mehr Flexibilität gewünscht wird, sodass Patient*innen je nach

deren Bedarf kürzer oder auch länger telefonisch begleitet werden können, wurde die Dauer der Begleitung seitens des anderen Coaches als ausreichend empfunden.

Viele Anschlussmaßnahmen mussten aufgrund von Corona abgesagt oder verschoben werden oder fanden online statt. Hier beobachteten die Coaches „Hemmungen“ auf Seiten der Patient*innen, sich vor einem Bildschirm auszutauschen.

Aufgrund der Umsetzung des Coachings wurde dieses als Ergänzung zur Regelversorgung besonders für nicht-chronifizierte Patient*innen als besonders positiv herausgehoben.

Die Coaches erwarteten von der App im Vorfeld, dass sie viele psychoedukative und abstinenzspezifische Themen beinhalte und zur Reflexion über die Frage anrege, was zur Sucht beiträgt (bspw. Stress). Die App deckte auch tatsächlich ein breites Spektrum an Themen ab. In technischer Hinsicht gefiel die erste App-Version einem der Coaches besser, was jedoch nicht direkt an der App gelegen habe, sondern daran, dass das zugehörige Backend für sie übersichtlicher gestaltet gewesen sei.

Der praktische Nutzen wurde differenziert bewertet. Ebenso wie das Nutzungsverhalten der Patient*innen sehr unterschiedlich ist, wird auch der Umfang von zu lesenden Texten verschieden wahrgenommen vor allem bei sprachlichen bzw. kognitiven Barrieren (die jedoch wiederum Ausschlusskriterium in der Studie waren).

Beide Coaches würden die Intervention weiterhin nutzen unter der Voraussetzung der Kostenfreiheit, auch wenn nicht alle Patient*innen die App in der gleichen Intensität nutzten.

Bewertung Kombination der App und des Coachings

Die Wissensvermittlung in der App wurde als gute Ergänzung zur unterstützenden Funktion des Coachings erachtet.

Auch von den Klinikpsycholog*innen wurde der Wunsch geäußert, Patient*innen bei Bedarf länger zu betreuen, um eventuelle Wartezeiten auf Anschlussbehandlungen abzudecken.

Eine Psychologin fand die zweite Variante der App in technischer Hinsicht besser, weil diese übersichtlicher sei. Sie fand die Übungen gut, allerdings nicht ausreichend.

Bemängelt wurde die technische Umsetzung, da nur Android-Nutzer*innen am Projekt teilhaben konnten. Zudem seien Mails aus der App in Einzelfällen als gefährlich eingestuft worden, was das Onboarding der Patient*innen stellenweise erschwert habe.

Für manche Patient*innen hätte die App laut einem Teil der Behandler*innen weniger Inhalte aufweisen können. Der Abstinenzzähler, der Notfallbereich, die Unterstützung bei der Suche nach einer Nachsorge und der Chat würden bei schwerer Symptomatik ihrer Meinung nach ausreichen. Weiterhin wurde angemerkt, dass viele Patient*innen ab 50 Jahren die App schwer zu nutzen fanden und ihr Handy allgemein nicht viel benutzen wollten. Daher sei der Ansatz nicht für alle Patientengruppen geeignet.

Kommunikation und Kooperation

Innerhalb der am Screening und der Rekrutierung beteiligten Kliniken hat SmartAssistEntz keine Veränderung in der Zusammenarbeit des professionellen Teams untereinander oder gegenüber den Patient*innen bewirkt.

Die Kommunikation mit dem SmartAssistEntz-Projektteam wurde ausnahmslos als schnell und zufriedenstellend beschrieben.

Die Coaches kommunizierten einmal pro Quartal mit der Konsortialführung im Rahmen der Intervention über das Projekt im Allgemeinen und über die Patient*innen.

Inhalte der Coaching-Beratungen waren der Umgang mit Suchtdruck zu Hause, Depressionen, Ängste, „Familienhass-Situationen“ (*Zitat Coach*), Rückfälle, persönliche Probleme und zum Ende der Gespräche hin die Vermittlung in Hilfsangebote. Es war einem Coach zu Folge aber vor allem einfach wichtig, für die Patient*innen da zu sein.

Ob bei Aufnahme der Coachings bereits Anschlussbehandlungen angedacht oder organisiert waren, variierte stark. Bereits geplante Angebote wurden häufig abgesagt, dann wurden ge-

meinsam neue Angebote in der Nähe gesucht. Ein Coach sagte, dass die Anschlussbehandlungen oft angepasst werden mussten, auch, weil Patient*innen ihre Meinung änderten. Der andere Coach machte hingegen die Erfahrung, dass meist früh in der Klinik Anschlussmaßnahmen geplant wurden und die Patient*innen ihre Meinung dazu im Coaching eher selten änderten.

Gesamtbewertung des SmartAssistEntz-Projekts

Obwohl sie betonten, die Ergebnisse der Studie seien noch abzuwarten, äußerten sich mehrere Behandler*innen der 3. Welle der Prozessevaluation positiv über SmartAssistEntz. Es sei gut gewesen, die Patient*innen nach der Entlassung weiter zu begleiten, bevor sie ins ambulante Hilfesystem kamen, meinte ein Psychiater. Der Ansatz von SmartAssistEntz sei wichtig, da die existierenden Angebote bis dato weder ausreichend bekannt waren noch umfassend genutzt wurden. Hier fehlte es an Wissen und Motivation aufseiten der Patient*innen. Außerdem sei die App sehr zeitgemäß und attraktiv für viele Patient*innen gewesen, wie ein Psychiater meinte.

Von den Behandler*innen wurde wiederholt betont, dass das Projekt im Vergleich zur bestehenden Regelversorgung eine gute Ergänzung und „Übergangslösung“ sei und die Lücke zwischen Klinik und Nachsorge geschlossen habe. So habe es, wie ein Coach empfand, in der Wartezeit auf einen Therapieplatz die Rückfallwahrscheinlichkeit gesenkt. Da es extra Wartelisten für Anschlussmaßnahmen gibt, habe das Projekt ihr zufolge nach keinen Einfluss mehr auf die Wartezeit auf einen solchen Platz, sobald man sich einen Platz für die Warteliste organisiert habe.

Ein Psychologe wies darauf hin, dass die App durch die Anonymität, die sie bot, dabei geholfen habe, sich zu öffnen. Dies sei vielen Patient*innen leichter gefallen als mit Ärzt*innen oder Psycholog*innen über das Innerste zu sprechen. Zudem erfuhr die Familie nichts von den Gesprächen mit dem Coach und auch der „Saufkumpel“ nicht (*Zitat Psychologe*). Was die Freunde denken, mit denen sie sich zum Alkoholkonsum treffen, sei vielen Patient*innen sehr wichtig. Diese Freunde seien häufig sehr ablehnend gegenüber Hilfsangeboten.

Die App-Inhalte glichen therapeutischen Gruppen insofern, als dass sie die soziale Kompetenz und Motivation stärkten, wie eine Psychologin berichtete. Das Angebot an Therapien und Gruppen sei für Menschen mit Alkoholabhängigkeit nicht so groß wie für andere Gruppen, daher sei die App hier eine gute Ergänzung gewesen. Manche Patient*innen würden Gruppen auch eher unangenehm finden, wie ein Coach ergänzte. Die App sei für diejenigen gut gewesen, die sich lieber mit sich selbst beschäftigten. Dort konnten sie zum Beispiel ein Motivationsbild suchen oder selbst einen motivierenden Text aufnehmen. So etwas stets vor Augen zu haben fand der Coach ebenso gut wie den Notfallbereich mit Telefonnummern für den Rückfall.

SmartAssistEntz sei vor allem für diejenigen Patient*innen besonders sinnvoll, die 1. noch nicht chronifiziert seien und sich 2. noch nicht im Versorgungssystem auskennen würden, wie ein Psychologe erläuterte. Wenn sie erst die erste oder zweite Entgiftung machen würden, hätten sie eine höhere Motivation, aber weniger Wissen über das Suchthilfesystem. Ist die Erkrankung hingegen chronifiziert, so lägen oft kognitive Einschränkungen und abhängigkeitsstabilisierende Faktoren vor, die eine profitable Nutzung von SmartAssistEntz erschweren könnten. In diesen Fällen sei die Intervention ggf. noch zu komplex.

Wichtig sei die technische Affinität derjenigen Kolleg*innen gewesen, die die Patient*innen für das Projekt ansprachen. Ein Psychologe schätzte, dass einige seiner Patient*innen die App ohne Hilfe wahrscheinlich nicht zum Laufen bringen würden.

Ein Psychiater bewertete die App insgesamt als sinnvoll, ergänzte aber einschränkend, dass es viele konkurrierende Produkte gebe, etwa Apps zur Alkoholkontrolle.

Ein Coach fragte sich, ob die App zur gesamten Patientengruppe passe. Einige Patienten hätten die App zwar gut gefunden, andere Patienten hätten sie aber als etwas, das sie „noch abarbeiten“ müssten, und nicht etwa als Chance gesehen.

Die Erwartungen aller Behandler*innen an das Projekt seien alle ausnahmslos erfüllt worden.

Gesundheitsökonomische Evaluation

Sekundäre Forschungshypothese SH9 & SH10 (Krankheitskosten)

Die Entwicklung der direkten Krankheits- und Behandlungskosten, sowie indirekte Kosten, wurden anhand von Abrechnungsdaten von 120 Studienteilnehmenden (59 Studienteilnehmenden in IG und 61 Studienteilnehmende in KG) für einen patientenindividuellen Zeitraum von 6 Monaten erfasst.

Die Darstellung der Kosten sowie die Differenzen zwischen T5 (6 Monaten) und der Baseline-Befragung sind in der Tabelle 23 und in der Tabelle 24 dargestellt. Negative Differenzen zwischen IG und KG stehen für niedrigere Kosten in der IG als in der KG (hypothesenkonform). Für die Berechnung der Gesamtkosten wurden direkte und indirekte Kosten zusammengefasst.

Sensitivitätsanalysen: Im Rahmen der Sensitivitätsanalysen wurde zudem die Entwicklung der Kosten zwischen T5 (6 Monaten) und der Baseline-Befragung für die Studienpopulation inkl. der Teilnehmenden mit gemittelten Werten (je 86 Teilnehmende aus IG und KG) sowie die Entwicklung der Kosten innerhalb eines 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraumes für die Studienpopulation mit patientenindividuellen Daten (120 Teilnehmende) betrachtet. Die Darstellung der Kosten nach Kostenkategorien sind in den Tabellen 25-28 zu sehen.

Die primäre Analyse von 120 Patient*innen (59 in IG und 61 in KG) zeigte eine Kostensenkung der direkten Kosten in der IG von -890 € und einen Anstieg von 433 € in der KG. Die indirekten Kosten stiegen in den beiden Gruppen im Studienzeitraum, in der IG um 951€ und in der KG um 423 €.

Keiner der Kostenunterschiede in der primären Analyse zwischen den Gruppen wurde statistisch signifikant. Demnach kann die Hypothese, dass Patient*innen, die an SmartAssistEntz teilgenommen haben, weniger direkte und indirekte Krankheitskosten als Patient*innen in der Regelversorgung verursachen, nicht bestätigt werden.

Sensitivitätsanalysen: Für die Analyse der Gesamtpopulation inkl. Patient*innen mit gemittelten Werten konnte in der IG eine höhere Kostensenkung der direkten Kosten von -2.377 € im Vergleich zu -1.185 € in KG während des 6-monatigen Studienzeitraums erreicht werden. Bei den indirekten Kosten ließ sich ein Kostenanstieg in der IG im Studienzeitraum in Höhe von 512 € beobachten, während diese in der KG um -50 € sanken.

Innerhalb der Analyse des 12-monatigen Nachbeobachtungszeitraums der 120 Teilnehmenden mit patientenindividuellen Daten verzeichnete die IG mit 190,33 € einen geringeren Anstieg der direkten Kosten als die KG mit einem Anstieg von 372,41 €. Der Anstieg der indirekten Kosten fiel mit 1.738,47 € bei der IG höher aus als bei der KG mit 566,71 €.

Auch hier zeigte sich kein signifikanter Kostenunterschied zwischen den Gruppen.

Tabelle 23

Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für einen 6-Monatszeitraum (Primäre Analyse)

	Interventionsgruppe (IG) (n = 59)		Kontrollgruppe (KG) (n = 61)		Statistische Tests		
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Differenz IG zu KG (CI)	p-Wert	t-Test
Gesamtkosten (vor Intervention)	6.359 € (5.145€)	4.533 € [0;31.355]	5.922 € (5.754 €)	4.407 € [37;36.275]			
Gesamtkosten	6.420 €	5.242€ [200;23.385]	6.808 € (5.921€)	5.156 € [38;26.311]			

	Interventionsgruppe (IG) (n = 59)		Kontrollgruppe (KG) (n = 61)		Statistische Tests		
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Differenz IG zu KG (CI)	p-Wert	t-Test
<i>(nach Intervention)</i>	5.598 €						
Gesamtkosten (Differenz)	61€ (6.768 €)	-568 € [-26.806; 16.129]	886€ (6.155 €)	1.061€ [-20.340; 13.022]	-825 € (-inf; 1.096)	0,243	-0,7
Direkte Kosten <i>(vor Intervention)</i>	6.127 (4.969)	4.255€ [0;31.355]	5.535 € (5.396€)	3.760 € [37;32.968]			
Direkte Kosten <i>(nach Intervention)</i>	5.237 (5.418)	3.100€ [200;23.385]	5.968 € (5.796€)	4.383 € [38;26.311]			
Direkte Kosten <i>(Differenz)</i>	-890€ (5.743 €)	-1.571 € [-26.806; 14.721]	433€ (5.575 €)	106€ [-20.340; 13.022]	-1.323 € (-inf; 334)	0,105	-1,3
Indirekte Kosten (AU) <i>(vor Intervention)</i>	232 (1.717)	0€ [0;13.190]	387 € (1.312€)	0 € [0;9.005]			
Indirekte Kosten (AU) <i>(nach Intervention)</i>	1.183 (3.033)	0€ [0;16.758]	841 € (2.036€)	0 € [0;8.977]			
Indirekte Kosten (AU) <i>(Differenz)</i>	951€ (3.489€)	0€ [-12.325; 16.573]	453€ (2.261 €)	0€ [-9.005; 8.163]	498 € (-inf; 1.376)	0,821	0,9

Tabelle 24

Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für einen 6-Monatszeitraum (Primäre Analyse)

Kosten	Interventionsgruppe (IG) (n=59)		Kontrollgruppe (KG) (n=61)	
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]
Ambulant <i>(vor Intervention)</i>	145 € (243€)	82 € [0;1.672]	132 € (147 €)	94 € [0;715]
Ambulant <i>(nach Intervention)</i>	173 € (246 €)	131 € [0;1.750]	145 € (198 €)	100 € [0;1389]
Ambulant (Differenz)	28€ (121 €)	20€ [-429;467]	14 € (139€)	0 € [-252;674]
Stationär <i>(vor Intervention)</i>	5.369 € (4.291)	3.929 € [0;23.209]	5.060 € (5.209 €)	3.351 € [0;31.961]
Stationär <i>(nach Intervention)</i>	4.375 € (5.324 €)	1.955 € [0;23.121]	5.260€ (5.626 €)	3.588 € [0;24.985]

Stationär	-994 €	-1.630€	200€	0€
(Differenz)	(5.203€)	[-19.286;15.312]	(5.537€)	[-20.582;13.494]
Arzneimittel (vor Intervention)	430 € (1.151 €)	106 € [0;6.369]	308€ (638 €)	70 € [0;3.553]
Arzneimittel (nach Intervention)	635 € (1.767 €)	124 € [0;11.036]	481 € (1.127 €)	93 € [0;6.571]
Arzneimittel	205 €	15 €	173 €	70 €
(Differenz)	(810€)	[-1.051;4.668]	(932 €)	[-1.285;6.556]
Heil- und Hilfsmittel (vor Intervention)	183€ (1059 €)	0 € [0;7.977]	35 € (157 €)	0 € [0;1.208]
Heil- und Hilfsmittel (nach Intervention)	54 € (145 €)	0 € [0;709]	81€ (325 €)	0 € [0;1.955]
Heil- und Hilfsmittel	-129 €	0 €	46 €	0 €
(Differenz)	(1.077 €)	[-7.977;709]	(330 €)	[-591;1.955]

Tabelle 25

Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für 6-Monatszeitraum (Gesamte Gruppe, Sensitivitätsanalyse)

	Interventionsgruppe (IG) N=86		Kontrollgruppe (KG) N=86		Statistische Tests		
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Differenz IG zu KG (CI)	p-Wert	t-Wert
Gesamtkosten (vor Intervention)	7.353 € (4.500€)	7.931 € [0;31.355]	7.925 € (5.769 €)	6.497 € [37;36.275]			
Gesamtkosten (nach Intervention)	5.489 € (4.827 €)	3.455€ [200;23.385]	6.593 € (4.986€)	6.066 € [38;26.311]			
Gesamtkosten (Differenz)	-1.864€ (6.281 €)	-3.111 € [-26.806; 16.129]	-1.332€ (6.237 €)	-1.185€ [-20.340; 13.022]	-530 € (-inf; 1.031)	0,29	-0,6
Direkte Kosten (vor Intervention)	6.911 (4.267)	7.697€ [0;31.355]	7.198 € (5.233€)	6.255 € [378;32.968]			
Direkte Kosten (nach Intervention)	4.535 (4.596)	3.001€ [200;23.385]	5.915 € (4.870€)	5.786 € [38;26.311]			
Direkte Kosten (Differenz)	-2.377€ (5.234 €)	-2.976 € [-26.806; 14.721]	-1.283€ (5.404 €)	-1.645€ [-20.340; 13.022]	-1094 € (-inf; 212)	0,089	-1,4
Indirekte Kosten (AU) (vor Intervention)	442 (1.452)	0€ [0;13.190]	728 € (1.226€)	0 € [0;9.005]			
Indirekte Kosten (AU) (nach Intervention)	954 (2.529)	0€ [0;16.758]	678 € (1.730€)	0 € [0;8.977]			

	Interventionsgruppe (IG) N=86		Kontrollgruppe (KG) N=86		Statistische Tests		
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Differenz IG zu KG (CI)	p-Wert	t-Wert
Kosten							
Indirekte Kosten (AU) (Differenz)	512€ (2.955 €)	0€ [-12.325; 16.573]	-50€ (2.058 €)	0€ [-9.005; 8.163]	562 € (-inf; 1.203)	0,925	1,5

Tabelle 26

Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für 6-Monatszeitraum (Gesamte Gruppe, Sensitivitätsanalyse)

	Interventionsgruppe (IG) (n=86)		Kontrollgruppe (KG) (n=86)	
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]
Kosten				
Ambulant (vor Intervention)	149 € (201€)	148 € [0;1.672]	134 € (123 €)	141 € [0;715]
Ambulant (nach Intervention)	184 € (204 €)	188 € [0;1.750]	137 € (167 €)	118 € [0;1389]
Ambulant (Differenz)	35 € (100 €)	50 € [-429;467]	3 € (118€)	-23 € [-252;674]
Stationär (vor Intervention)	6.249 € (3.779 €)	6.647 € [0;23.209]	6.731 € (5.104 €)	5.517 € [0;31.961]
Stationär (nach Intervention)	3.769 € (4.489 €)	2.444 € [0;23.121]	5.247€ (4.727 €)	5.213 € [0;24.985]
Stationär (Differenz)	-2.480 € (4.833 €)	-3.247 € [-19.286;15.312]	-1.485 € (5.353€)	-1.926 € [-20.582;13.494]
Arzneimittel (vor Intervention)	374 € (954 €)	210 € [0;6.369]	296 € (536 €)	256 € [0;3.553]
Arzneimittel (nach Intervention)	525 € (1.469 €)	285 € [0;11.036]	454 € (948 €)	268 € [0;6.571]
Arzneimittel (Differenz)	151 € (674€)	33 € [-1.051;4.668]	158 € (784 €)	70 € [-1.285;6.556]
Heil- und Hilfsmittel (vor Intervention)	139€ (877 €)	0 € [0;7.977]	36 € (132 €)	0 € [0;1.208]
Heil- und Hilfsmittel (nach Intervention)	56 € (120 €)	0 € [0;709]	77€ (273 €)	0 € [0;1.955]
Heil- und Hilfsmittel (Differenz)	-82 € (893 €)	0 € [-7.977;709]	41 € (277 €)	0 € [-591;1.955]

Tabelle 27

Darstellung der direkten, indirekten und Gesamtkosten für 12-Monatszeitraum (Subpopulation, Sensitivitätsanalyse)

Kosten	Interventionsgruppe (IG) (n = 59)		Kontrollgruppe (KG) (n = 61)		Statistische Tests		
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Differenz IG zu KG (CI)	p- Wert	t- Wert
Gesamtkosten (vor Intervention)	9.694,94€ (8.930,31€)	6.129,88€ [0,00; 46.861,20]	8.766,53€ (8.586,54€)	5.157,77€ [152,66; 41.121,25]			
Gesamtkosten (nach Intervention)	11.623,74€ (10.850,90 €)	9.284,55€ [535,15; 45.461,49]	9.705,65€ (8.393,45€)	6.364,69€ [37,96; 34.075,64]			
Gesamtkosten (Differenz)	1.928,80€ (10.364,03 €)	661,39€ [-22.252,85; 39.219,27]	939,12€ (9.587,36€)	756,00€ [-33.203,81; 27.042,92]	989,68€ (-Inf , 4014)	0.70 9	0.54
Direkte Kosten (vor Intervention)	9.348,23€ (8.821,55€)	5.937,27€ [0,00; 46.861,20]	8.157,57€ (8.105,56€)	4.594,43€ [152,66; 37.605,65]			
Direkte Kosten (nach Intervention)	9.538,56€ (10.676,46 €)	3.903,42€ [340,99; 45.461,49]	8.529,98€ (8.181,57€)	5.936,56€ [37,96; 30.911,63]			
Direkte Kosten (Differenz)	190,33€ (8.835,47€)	-1.095,32€ [-22.252,85; 39.219,27]	372,41€ (8.487,78€)	265,25€ [-33.203,81; 27.042,92]	-182,08€ (-Inf , 2442)	-0.12	0.46
Indirekte Kosten (AU) (vor Intervention)	346,71€ (2.288,20€)	0,00€ [0,00;17.443, 00]	608,96€ (2.079,48€)	0,00€ [0,00;13.444, 08]			
Indirekte Kosten (AU) (nach Intervention)	2.085,18€ (5.540,72€)	0,00€ [0,00;33.794, 34]	1.175,67€ (3.013,60€)	0,00€ [0,00;13.231, 25]			
Indirekte Kosten (AU) (Differenz)	1.738,47€ (5.941,22€)	0,00€ [-16.578,06; 33.609,16]	566,71€ (3.561,92€)	0,00€ [-13.444,08; 12.433,75]	1171,76€ (-Inf , 2663)	0.92 5	1.3

Tabelle 28

Darstellung der direkten Kosten nach Kategorien für einen 12-Monatszeitraum (Subpopulation, Sensitivitätsanalyse)

Kosten	Interventionsgruppe (IG) (n=59)		Kontrollgruppe (KG) (n=61)	
	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]	Mittelwert (SD)	Median [Min;Max]
Ambulant (vor Intervention)	264,40€ (438,86€)	135,26€ [0,00;3.075,32]	230,17€ (258,84€)	179,53€ [0,00;1.313,55]
Ambulant (nach Intervention)	340,65€ (445,12€)	240,06€ [0,00;3.038,23]	247,41€ (309,93€)	170,93€ [0,00;1.791,74]

Ambulant	76,25€	58,59€	17,24€	0,00€
(Differenz)	(212,96€)	[-520,08;675,53]	(233,80€)	[-741,31;919,42]
Stationär	7.979,30€	4.380,53€	7.218,27€	4.275,29€
<i>(vor Intervention)</i>	<i>(8.231,11€)</i>	<i>[0,00;38.382,50]</i>	<i>(7.745,11€)</i>	<i>[0,00;36.821,23]</i>
Stationär	7.746,88€	2.092,82€	7.214,47€	4.428,03€
<i>(nach Intervention)</i>	<i>(10.406,10€)</i>	<i>[0,00;45.050,13]</i>	<i>(7.789,55€)</i>	<i>[0,00;29.627,71]</i>
Stationär	-232,42€	-1.628,79€	-3,80€	-52,40€
(Differenz)	(8.586,25€)	[-	(8.177,56€)	[-
		19.728,10;38.684,32]		33.323,19;25.586,94]
Arzneimittel	851,32€	196,92€	635,16€	230,30€
<i>(vor Intervention)</i>	<i>(2.236,82€)</i>	<i>[0,00;12.791,40]</i>	<i>(1.319,21€)</i>	<i>[0,00;8.075,14]</i>
Arzneimittel	1.186,41€	260,33€	934,15€	208,31€
<i>(nach Intervention)</i>	<i>(2.967,76€)</i>	<i>[0,00;17.933,41]</i>	<i>(2.172,78€)</i>	<i>[0,00;12.966,50]</i>
Arzneimittel	335,09€	47,03€	298,99€	0,00€
(Differenz)	(1.262,27€)	[-1.594,32;6.964,33]	(1.800,51€)	[-
				2.074,35;12.819,06]
Heil- und Hilfsmittel	253,22€	0,00€	73,97€	0,00€
<i>(vor Intervention)</i>	<i>(1.150,16€)</i>	<i>[0,00;7.976,70]</i>	<i>(186,94€)</i>	<i>[0,00;1.332,93]</i>
Heil- und Hilfsmittel	264,62€	0,00€	133,96€	0,00€
<i>(nach Intervention)</i>	<i>(770,56€)</i>	<i>[0,00;4.941,90]</i>	<i>(409,36€)</i>	<i>[0,00;1.955,46]</i>
Heil- und Hilfsmittel	11,40€	0,00€	59,98€	0,00€
(Differenz)	(732,39€)	[-3.034,80;3.227,70]	(383,57€)	[-365,07;1.955,46]

Kosteneffektivitätsanalyse

Für die Kosteneffektivitätsanalyse wurden nur Patienten*innen betrachtet, die sowohl Werte bezüglich der Effektivität als auch der Kosten aufwiesen. Demnach konnten in der Kosten-Effektivitäts-Analyse für die IG 54 und für die KG 49 Patienten*innen analysiert werden. Um die Kosteneffektivität zu bestimmen, wurden direkte, indirekte Krankheitskosten und Interventionskosten aufsummiert. Die Interventionskosten betrugen in der IG 674€ und 0€ in der KG. Die gesamten Krankheitskosten lagen in der IG hingegen bei 5.384,77 € und in der KG bei 6.635,69 €, sodass insgesamt in der IG niedrigere Gesamtkosten (6.058,77 €) als in der KG (6.635,69 €) anfielen (Tabelle 29). Am Ende des 6-monatigen Studienzeitraums lag der relative Anteil der Patienten*innen mit Rückfall bei 63% (n = 34), mit 6% höher als in der KG mit 57% (n = 28) und steht damit im Gegensatz zu den Ergebnissen des Gesamtkollektivs. Das ICER, das den Kostenunterschied pro reduzierten Rückfall darstellt, lag bei -9.615,43€. Damit war die SmartAssistEntz-Intervention zwar günstiger, aber nicht effektiver.

Tabelle 29
Kosteneffektivitätsanalyse

	IG	KG	
Effekt	0,63	0,57	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			0,06
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	5.384,77€	6.635,69€	
Gesamtkosten	6.058,77€	6.635,69€	
Inkrementelle Kosten			-576,92€
ICER (inkr. Kosten / ink. Effekt)			-9.615,43€

Das nicht-parametrische Bootstrapping ergab für einen durchschnittlichen inkrementellen Effekt 0,06 [95 % CI: -0,13; 0,24]. Für das nicht-parametrische Bootstrapping der Gesamtkosten ergaben sich durchschnittliche inkrementelle Kosten von -587,38 € [95 % CI: -2.437,59 €; 1.267,53€]. Der ICER der Sensitivitätsanalyse lag somit bei -10.481€.

Die Interpretation der Kosten-Effektivität kann mit der Kosten-Effektivitäts-Fläche (cost effectiveness plane, CEP) vorgenommen werden (siehe Abbildung 9). Die horizontale Achse der CEP zeigt die Werte der Effektivitätsdifferenz (Rückfallquote) und die vertikale Achse der CEP zeigt die Werte der Kostendifferenz (Gesamtkosten). Das CEP zeigte in 73 % der Schätzungen einen inkrementellen Effekt zugunsten der KG sowie in 73 % der Schätzungen, dass die IG günstiger ist als die KG. Die probabilistische Sensitivitätsanalyse veranschaulicht, dass Patienten*innen in der IG zwar weniger Krankheitskosten verursachen, der relative Anteil an Patienten*innen mit Rückfall war in der KG jedoch niedriger.

Die x-Achse der CEAC wurde hierfür invers skaliert, da negative Änderungen der Rückfallquote positive Outcomes für die Interventionsgruppe darstellen. Die abgebildete CEAC zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit der Kosteneffektivität der SmartAssistEntz-Intervention mit wachsender Zahlungsbereitschaft abnimmt (vgl. Abbildung 10). Bei einer Bereitschaft von 0 € beträgt die Wahrscheinlichkeit, dass die Intervention kosteneffektiv ist etwa 73,9 %. Erhöht sich die Zahlungsbereitschaft jedoch auf 1.000 €, sinkt die Wahrscheinlichkeit auf 71,5 % und bei 10.000 € auf 51,0 %.

Abbildung 9
Cost-Effectiveness-Plane (Rückfallquote)

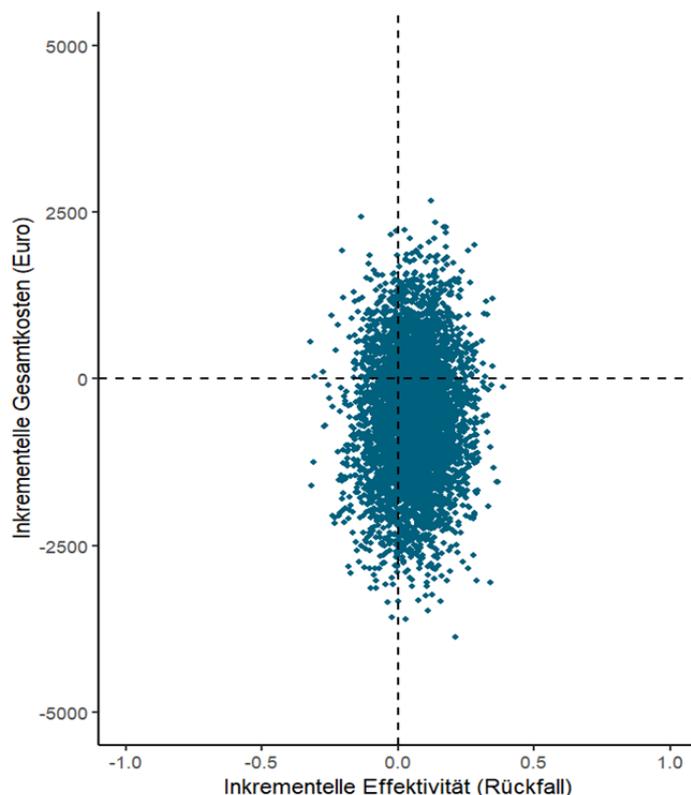
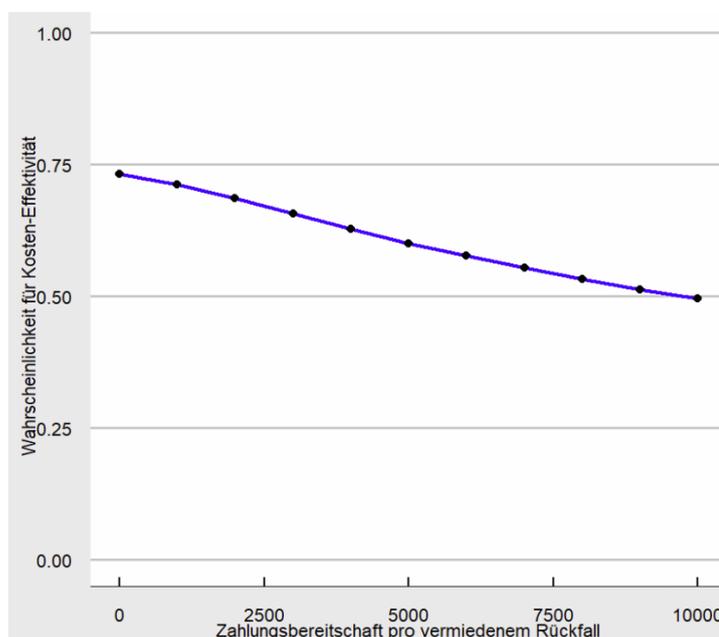


Abbildung 10
 Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve (Rückfallquote)



Als Sensitivitätsanalyse wurde die Kosteneffektivität mit imputierten Daten für alle 171 Personen (IG = 85; KG = 86) berechnet, für die die Routinedaten vorlagen, sprich inkl. Personen mit gemittelten Daten. Die Gesamtkosten inklusive Interventionskosten lagen hierbei bei 6.195,66 € in der IG und bei 6.592,69 € in der KG. Der relative Anteil an Patienten*innen mit Rückfall lag nach der Berechnung mit den imputierten Daten bei 72% (n = 61) in der IG und war somit um 2% niedriger als 74% (n = 64) in der KG. Somit ließ sich ein inkrementelles Kosten-Effektivitäts-Verhältnis mit Einsparungen in Höhe von 19.851,17 € pro reduzierten Rückfall ermitteln (Tabelle 30). Laut der Analyse mit dem imputierten Datensatz ist SmartAssistEntz effektiver als auch kostengünstiger und daher hinsichtlich der Kosten-Effektivitäts-Relation die dominante Strategie.

Tabelle 30
 Kosteneffektivitätsanalyse mit imputierten Daten

	IG	KG	
Effekt	0,72	0,74	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			-0.02
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	5.521,66€	6.592,69€	
Gesamtkosten	6.195,66€	6.592,69€	
Inkrementelle Kosten			-397,03€
ICER (inkr. Kosten / inkr. Effekt)			19.851,7€

Das nicht parametrische Bootstrapping zeigte ebenso einen inkrementellen Effekt von -0,03 [95% CI: -0,16;0,11] zugunsten der IG. Der Kostendifferenz lag bei -406,65 € [95% CI: -1.913,12;1.094,37]. Der ICER zeigte hierbei 14.873,85 € Einsparung pro reduziertem Rückfall.

47% der Simulationen lagen im linken, unteren Quadranten des CEP (Abbildung 11), was die Aussage darüber bekräftigte, dass SmartAssistEntz effektiver und kostengünstiger ist.

Die abgeleitete CEAC verdeutlicht, dass bei den imputierten Daten die Wahrscheinlichkeit, dass SmartAssistEntz kosteneffektiv ist, zunächst mit wachsender Zahlungsbereitschaft steigt (Abbildung 12). Ist die Wahrscheinlichkeit für eine Kosteneffektivität bei einer Zahlungsbereitschaft von 0 € noch 71,4 %, erreicht diese im Maximum von 74,4% bei einer Zahlungsbereitschaft von 9.000 €. Ab dieser Zahlungsbereitschaft steigt die Wahrscheinlichkeit nicht mehr weiter an.

Abbildung 11

Cost-Effectiveness-Plane mit imputierten Daten (Rückfallquote)

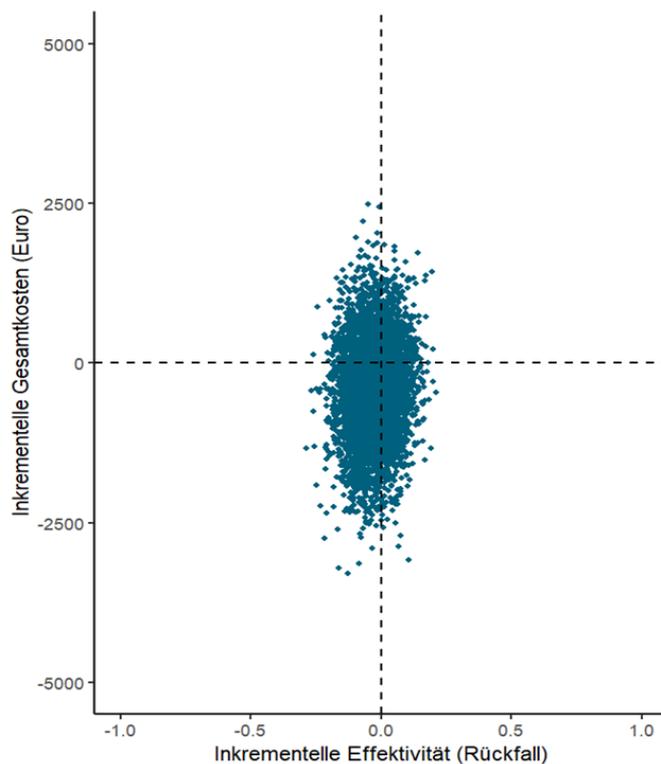
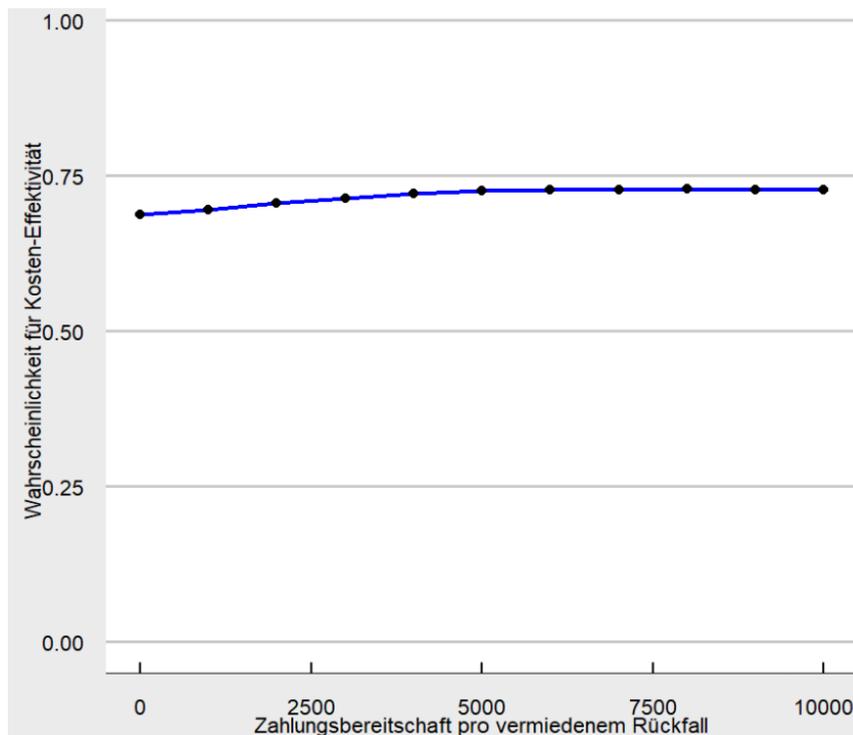


Abbildung 12

Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve mit imputierten Daten (Rückfallquote)



Kosten-Nutzwert-Analyse

Ähnlich wie bei der Kosten-Effektivitätsanalyse wurden auch bei der primären Kosten-Nutzwert-Analyse nur die Patienten*innen in die Analyse miteinbezogen, für die die EQ-5D Werte (gesundheitsbezogene Lebensqualität) zu allen Zeitpunkten vorlagen. Diese Werte sind notwendig um die QALY's, das Outcome-Maß bei der Kosten-Nutzwert-Analyse, zu bestimmen. Es konnten 39 Personen in IG und 38 Personen in KG analysiert werden. Die Gesamtkosten beliefen sich in der IG auf 5.605,00 € und auf 6.669,73 € in der KG (Tabelle 31). Die Differenz in QALY zwischen den Gruppen lag bei 0,016 (0,430 in IG und 0,414 in KG). Die ICER der Kosten-Nutzwert-Analyse zeigte eine Einsparung in Höhe von 65.918,5 € pro gewonnenem qualitäts-adjustierten Lebensjahr. Hiermit dominiert die SmartAssistEntz-Intervention in Bezug auf die Kosten-Nutzwert-Analyse.

Tabelle 31

Kosten-Nutzen-Analyse

	IG	KG	
Effekt	0,430	0,414	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			0,016
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	4.931,00€	6.669,73€	
Gesamtkosten	5.605,00€	6.669,73€	
Inkrementelle Kosten			-1.064,73€
ICER (inkr. Kosten / inkr. Effekt)			-65.918,5€

Das nicht-parametrische Bootstrapping zeigte im Durchschnitt einen inkrementellen Effekt von 0,016 [95 % CI: -0,018; 0,052] und inkrementelle Gesamtkosten von -1.065,57 € [95 % CI: -3.178,13 €; 1.120,87 €]. Der ICER der Sensitivitätsanalyse lag bei -65.758,9 € und bestätigt die Robustheit der Kosten-Nutzwert-Analyse. Auf der CEP lag der überwiegende Anteil der Simulationen mit 69% im rechten unteren Quadranten, in dem die Intervention kostengünstig sowie effektiver ist (Abbildung 13). Die abgeleitete CEAC mit Schwellenwerten zwischen 0 € bis 80.000€ verdeutlicht, dass die Wahrscheinlichkeit, dass SmartAssistEntz kosteneffektiv ist, mit steigender Zahlungsbereitschaft steigt (Abbildung 14).

Die CEAC für die Kosten-Nutzwert-Analyse zeigte eine Wahrscheinlichkeit von 84,1 %, dass die SmartAssistEntz Intervention bei einer Zahlungsbereitschaft von 0 € kosteneffektiv ist (siehe Abbildung 14). Durch Erhöhung der Zahlungsbereitschaft wird in der ersichtlich, dass das Maximum bei 60.000 € und einer Wahrscheinlichkeit von 89,6 % erreicht wird. Danach sinkt die Wahrscheinlichkeit wieder ab.

Abbildung 13
CEP: Kosten-Nutzwert-Analyse

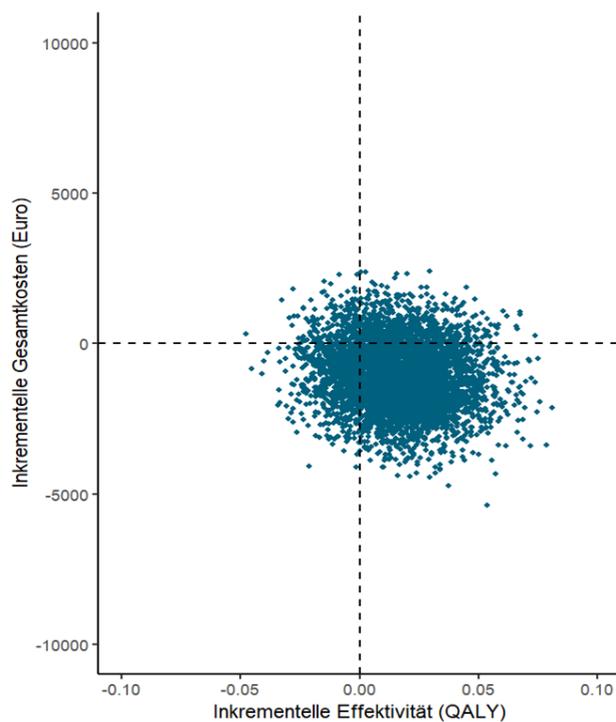
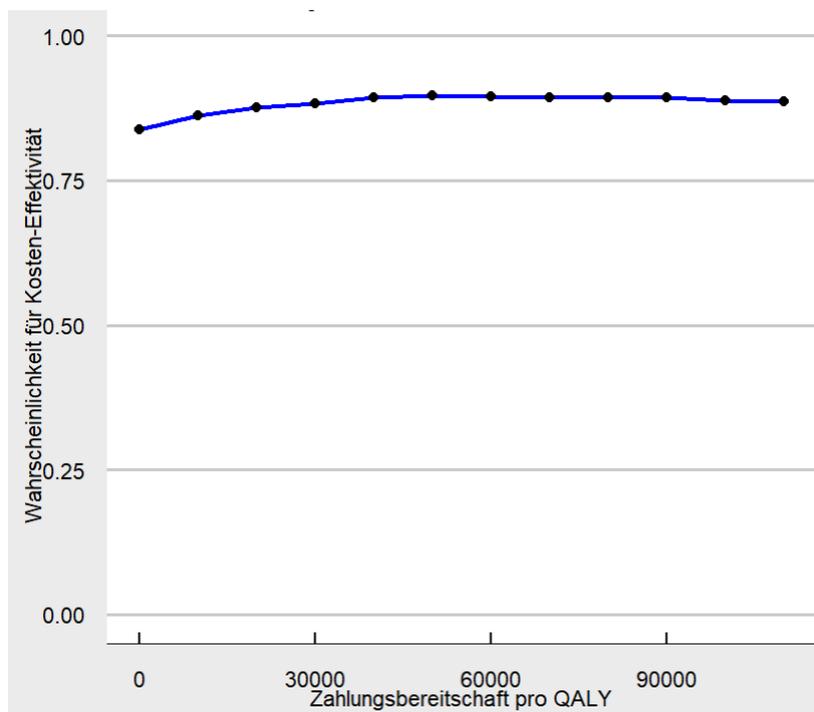


Abbildung 14
 Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve (QALYs)



Die Analyse mit den imputierten Daten für die 172 Studienteilnehmenden, für die Routinedaten vorlagen, zeigt einen inkrementellen Effekt von 0,018 (Tabelle 32). Der ICER zeigte einen Wert von -22.270,02€ und deutet darauf hin, dass auch mit den imputierten Daten die SmartAssistEntz Intervention die dominante Strategie in Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität ist.

Tabelle 32
 Kosten-Nutzwert-Analyse mit imputierten Daten

	IG	KG	
Effekt	0,413	0,395	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			0,018
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	5.521,66€	6.592,69€	
Gesamtkosten	6.195,66€	6.592,69€	
Inkrementelle Kosten			-397,03€
ICER (inkr. Kosten / ink. Effekt)			-22.270,02€

Die probabilistische Sensitivitätsanalyse mit Bootstrapping ergab einen durchschnittlichen Effekt von 0,018 [95% CI: -0,002; 0,038] und eine durchschnittliche Kostendifferenz von -381,15€ [95% CI: -1.864,36; 1.069,96]. Daraus ergab sich ein ICER von -21.330,11 Euro. Die Darstellung mit CEP zeigte, dass deutlich mehr als die Hälfte der Simulationen (67%) im rechten, unteren Quadrant lagen (Abbildung 15).

Die CEAC für die Kosten-Nutzwert-Analyse zeigte eine Wahrscheinlichkeit von 70,8 %, dass die SmartAssistEntz Intervention bei einer Zahlungsbereitschaft von 0 € kosteneffektiv ist (siehe

Abbildung 16). Durch Erhöhung der Zahlungsbereitschaft wird in der ersichtlich, dass diese kontinuierlich weitersteigt, jedoch die obere Vertrauensgrenze (97,5 %-Schwelle) im betrachteten Wertebereich bis 110.000 € nicht geschnitten wird.

Abbildung 15

CEP: Kosten-Nutzwert-Analyse mit imputierten Daten

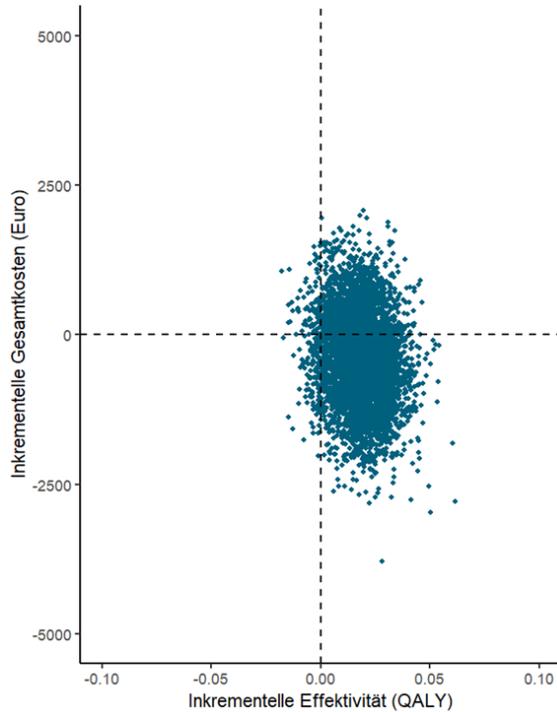
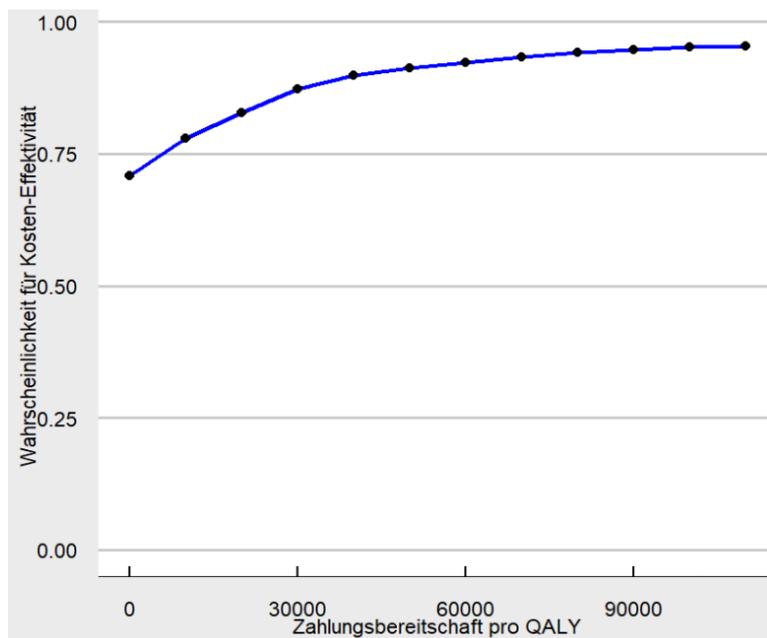


Abbildung 16

Cost-Effectiveness-Acceptability-Curve mit imputierten Daten (QALYs)



TiC-P

Die Daten des TiC-P lagen für alle Personen der Interventions- und Kontrollgruppe zu T1 (Baseline), für 102 Personen der Interventionsgruppe und 115 der Kontrollgruppe zu T4 (3 Monate nach Randomisierung) sowie für 107 Personen in der Interventionsgruppe sowie 113 Personen in der Kontrollgruppe zu T5 (6 Monate nach Randomisierung) vor. Für insgesamt 198 Personen (94 Interventionsgruppe, 104 Kontrollgruppe) lagen die Daten zu allen Messzeitpunkten vor, also zu Baseline, nach drei Monaten sowie nach sechs Monaten. Die Daten gelten für dieses Complete-Cases-Kollektiv. Es zeigten sich große Unterschiede in der Höhe der angefallenen Kosten. Die stationären Kosten waren zu T1 weitestgehend für die Gesamtkosten in den beiden Gruppen verantwortlich. Zu T4 zeigte sich das gleiche Muster, zu T5 verursachten die stationären Leistungen deutlich höhere Kosten in der Kontrollgruppe als in der Interventionsgruppe. Siehe Anhang 1 für Detailergebnisse (Abschnitt 3.1). Die Kosten wurden dabei nur von einem Anteil der Personen verursacht, während andere Personen keine Kosten verursachten (siehe Anhang 1, Abschnitt 3.1).

In Anhang 1 (Abschnitt 3.1) werden zudem die Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen in den Differenzkosten zwischen T4 (d.h. die ersten drei Monate nach Interventionsbeginn) und T1 (d.h. die drei Monate vor Interventionsbeginn) sowie zwischen T5 (d.h. vierter bis sechster Monat nach Interventionsbeginn) und T1 im Detail berichtet. Diese Unterschiede zwischen den Gruppen in den Differenzkosten von T4 zu T1 bzw. T5 zu T1 wurden mittels eines Mehrebenen-Modells mit zufälligem Effekt für das Individuum sowie einem Random Intercept analysiert. Dabei zeigten sich keine signifikanten Gruppenunterschiede in den verursachten Kosten, weder zu T4 noch zu T5 (siehe Anhang 1, Abschnitt 3.1).

Die Krankheitskosten nach sechs Monaten für die Interventions- und Kontrollgruppe sind in Anhang 1 (Abschnitt 3.1) aufgeführt. Aus Rückfallquote und Gesamtkosten pro Gruppe berechnet sich das ICER wie in Tabelle 33 (siehe Anhang 1, Abschnitt 3.1) dargestellt, das auf eine Kosteneffektivität der Intervention schließen lässt. Betrachtet man die jeweils über einen Zeitraum von sechs Monaten verursachten Kosten nach Korrektur für die Kosten, die vor der Studie entstanden sind, bildet sich das ICER wie in Tabelle 34 (siehe Anhang 1, Abschnitt 3.1) dargestellt, das auf eine Kosteneffektivität der Intervention schließen lässt.

Weitere Fragestellungen

Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen

Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sind im Folgenden beschrieben.

Tabelle 35 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Kategorien von Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe. Beratungs- und Nachsorgeangebote waren die am häufigsten genannten Kategorien. Der Anteil der Proband*innen, die an diesen Arten der Anschlussmaßnahmen teilnahmen, blieb über alle Erhebungszeitpunkte recht konstant. Dabei wurden Beratungsangebote wiederum deutlich häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote. Ab T3.2 gab es einen Zuwachs an Personen in medizinischer Rehabilitation.

Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurde die Empfehlung/Vorstellung des Angebots im Entzug, aber auch ein inneres Bedürfnis genannt. Die Proband*innen wollten ihre Abstinenz stabilisieren und einen besseren Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen erlernen, soziale Kontakte stärken, lernen sich selbst zu helfen – dabei die Gründe für die Abhängigkeit erarbeiten sowie Probleme aufarbeiten, Unterstützung erhalten – sowohl durch neutrale Gesprächspartner*innen als auch durch den Kontakt zu Gleichgesinnten, und zuletzt generelle Stabilität und Gesundheit erlangen.

Mitunter nannten die Proband*innen aber auch Neugierde und äußere Faktoren, wie eine gerichtliche Verordnung oder die notwendige Medikamentenumstellung, als Gründe. Auch, dass die Angebote kostenlos waren und die Proband*innen bereits gute Erfahrungen mit Hilfsangeboten gemacht hatten wurde hier angeführt. Einige Proband*innen nutzten das neue Hilfsangebot eigenen Aussagen zufolge auch als gute Ergänzung zu ihren anderen Angeboten. Die Antworten auf die Frage nach den Zielen, die die Proband*innen mit den Anschlussmaßnahmen verfolgten, überschneiden sich teilweise mit den oben genannten Gründen. Ziele waren unter anderem Abstinenz bzw. der Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen, Austausch, Unterstützung bei der Problembewältigung, die Gründe für die Abhängigkeit erkennen, Ratschläge einholen, bisheriges Wissen auffrischen sowie auch die allgemeine Lebensgestaltung ändern (z.B. gesundheitliche Verbesserungen). Mitunter wurde vereinzelt auch kein Ziel genannt und zwar dann, wenn die Anschlussmaßnahme durch äußere Umstände, wie die gerichtliche Verordnung bedingt war.

Tabelle 36 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) zeigt dabei die Abbruchhäufigkeit in den verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien für die Kontrollgruppe. Tabelle 37 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) zeigt weiterhin die Häufigkeit verschiedener Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme in der Kontrollgruppe. Die am häufigsten genannten Gründe waren, dass es zu zeitintensiv gewesen sei, dass die Proband*innen sich mit den Therapeut*innen nicht verstanden hätten oder sonstige Gründe. Tabelle 38 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) stellt die Häufigkeit einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen sowie die Bewertung der Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe dar. Es zeigt sich, dass die Proband*innen im Schnitt 1-2 Anschlussmaßnahmen in Anspruch nahmen, an 1-2 Terminen teilnahmen und weniger als einen Termin versäumten. Sowohl die a-priori Überzeugung in die Hilfsangebote als auch die tatsächliche Nützlichkeit der Hilfsangebote waren zu T3 am schlechtesten, auch wenn die Bewertung insgesamt noch im positiven Bereich lag und die Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten nur sehr geringfügig waren.

Tabelle 39a und b (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) schlüsselt die Bewertung in der Kontrollgruppe nochmal nach verschiedenen Kategorien der Hilfsangebote auf. Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Zeitpunkt nur für bestimmte Anschlussmaßnahmen aussagekräftige Ergebnisse vorlagen. Als Cut-off wurde im Folgenden eine Anzahl von mindestens fünf Personen gewählt.

Die Überzeugung von den Hilfsangeboten und die Bewertung, wie hilfreich das Hilfsangebot war, lag stets über drei (teilweise überzeugt). Häufig traten Werte über vier auf (überzeugt/hilfreich). Bei T2 waren die Probandinnen und Probanden im Vorfeld am ehesten von der ambulanten Entwöhnung/Therapie überzeugt. Bei T3.2 und T4 war die Überzeugung bei der stationären Entwöhnung/Therapie am höchsten. Bei T5 wurde die Institutsambulanz am überzeugendsten bewertet. Insgesamt waren die Proband*innen am wenigsten von den Selbsthilfegruppen im Vorhinein überzeugt, die zu T2 und T3.2 auch die niedrigsten Bewertungen erhielten. Zu T4 wurde die Institutsambulanz am schlechtesten bewertet und zu T5 die ambulante Entwöhnung. Die höchsten Bewertungen, wie hilfreich das Angebot war, haben die ambulante Entwöhnung/Therapie bei T2 erzielt. Bei T3.2 wurde die Institutsambulanz am besten bewertet. Bei T4 und T5 wurde die stationäre Entwöhnung/Therapie am höchsten bewertet. Insgesamt werden also die Angebote, von denen die Proband*innen am meisten überzeugt waren, auch am besten bewertet.

Für jede Anschlussmaßnahme gab es nur geringe Diskrepanzen zwischen der Überzeugung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich sein wird und der Bewertung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich war. Die Bewertung lag meist höher als die Erwartung, mit Ausnahme der Institutsambulanz zu T2, T4 und T5.

Als Gründe, wieso manche Termine einer Anschlussmaßnahme nicht wahrgenommen wurden, nannten die Proband*innen häufig Krankheit, mangelnde Zeit, Rückfälle oder andere persönliche Umstände. Manche gaben an, den Termin vergessen zu haben oder, dass der Termin offiziell verschoben wurde. Auch wurde Corona als Grund angeführt (Ausfall der Sitzung oder

persönliche Quarantäne). Zudem nannten manche Proband*innen, dass sie die Termine nur bei Bedarf (z.B. bei Suchtdruck) in Anspruch nahmen.

Auf die Frage, was den Proband*innen am Hilfsangebot gut gefallen hatte, wurden Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit, die Vielfalt der Angebote, die erhaltenen Ratschläge, die Alltagsstrukturierung bzw. Beschäftigung, der Austausch mit anderen, das professionelle Feedback durch geschultes Personal, die örtliche Nähe, die Motivierung und die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst genannt. Mitunter wurde aber auch gesagt, dass nichts an dem Hilfsangebot als gut zu beurteilen war oder lediglich, dass die Proband*innen ein wirksames Medikament erhalten hatten.

Als Verbesserungsvorschläge führten die Proband*innen an, dass es eine engmaschigere Betreuung geben sollte bzw. mehr Termine, mehr psychotherapeutische Inhalte, mehr Einzelgespräche – auch unter Einbeziehung der Angehörigen, mehr Informationen, mehr Herzlichkeit im Umgang bzw. das Eingehen auf individuelle Wünsche. Manche Proband*innen konnten hierzu noch keine Angabe machen oder fanden nichts verbesserungswürdig (u.a. weil das Angebot einfach unpassend war). Auch das Verhalten der anderen Gruppenteilnehmenden wurde als verbesserungswürdig beschrieben. Der Mangel an Angeboten wurde mitunter Corona zugeschrieben. Diese beiden Aspekte implizierten jedoch keine konkreten Verbesserungsvorschläge.

Ein paar Proband*innen beschrieben auch Verschlechterungen durch das Aufnehmen der Anschlussmaßnahme, wie negative Auswirkungen auf die Stimmung (z.B. Unruhe, Panik, Langeweile), Suchtdruck bzw. Rückfälle und Kontakt zu Personen, die ihnen nicht guttun.

Bei Fehlen einer Anschlussmaßnahme begründeten die Proband*innen dies besonders häufig damit, noch auf einer Warteliste zu stehen. Auf diesen Umstand wurde nochmals in Aussagen der Probanden*innen Bezug genommen, wonach kürzere Wartezeiten ihnen geholfen hätten bereits früher eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen.

Zum Messzeitpunkt T3.2 reduzierte sich die Anzahl der Proband*innen, die die Warteliste als Grund für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme nannten, um etwa 30%. Ab dann wurden auch bei den weiteren Messzeitpunkten anstatt der Wartezeiten „Corona“ und „Sonstiges“ als häufigste Gründe genannt. Ebenso berichteten die Proband*innen zu diesem Zeitpunkt (deutlich häufiger als zu den anderen Zeitpunkten), dass sie eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll hielten. Zu T4 und T5 gab es nochmal einen größeren Anteil an Personen, die nicht nach einem Angebot suchten. Tabelle 40 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.1) zeigt die Häufigkeit verschiedener Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme in der Kontrollgruppe.

Auf die Frage, was den Proband*innen zusätzlich geholfen hätte, eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen, nannten sie beispielsweise, dass mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung sowie positivere Erfahrungen mit bisherigen Angeboten wichtig gewesen wären. Einige erwähnten, dass es ihnen leichter gefallen wäre, wenn es keine Pandemie gegeben hätte (es mangelte an persönlichen Kontakten und Termine konnten nicht stattfinden). Andere nannten, dass sie eine höhere Eigenmotivation gebraucht hätten oder dass ihnen nichts geholfen hätte. Vereinzelt hatten Proband*innen Schwierigkeiten eine Anschlussmaßnahme in ländlichen Regionen zu finden, da dort die Angebote meist weit weg waren und nur schwer mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen waren. Die meisten Proband*innen waren jedoch sehr zufrieden mit ihrer Suche nach einem Hilfsangebot und hätten nichts weiter gebraucht.

Anschlussmaßnahmen in der Experimentalgruppe

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sind im Folgenden beschrieben. Die Personenanzahlen in den folgenden Tabellen beziehen sich auf Studienteilnehmer, die Fragen bezüglich der Anschlussmaßnahmen beantwortet haben.

Tabelle 41 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Kategorien von Anschlussmaßnahmen in der Interventionsgruppe.

Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurden die Empfehlung/ Vorstellung des Angebots im Entzug, aber auch ein inneres Bedürfnis genannt. Die Proband*innen wollten ihre Abstinenz stabilisieren und einen besseren Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen erlernen, soziale Kontakte stärken, lernen sich selbst zu helfen – dabei die Gründe für die Abhängigkeit erarbeiten sowie Probleme aufarbeiten, Unterstützung erhalten – sowohl durch neutrale Gesprächspartner als auch durch den Kontakt zu Gleichgesinnten, und zuletzt generelle Stabilität und Gesundheit erlangen.

Mitunter nannten die Proband*innen aber auch Neugierde und äußere Faktoren wie eine gerichtliche Verordnung oder die notwendige Medikamentenumstellung, als Gründe. Auch, dass die Angebote kostenlos waren und die Proband*innen bereits gute Erfahrungen mit Hilfsangeboten gemacht hatten, wurde hier angeführt. Einige Proband*innen nutzen das neue Hilfsangebot eigenen Aussagen zufolge auch als gute Ergänzung zu ihren anderen Angeboten.

Die Antworten auf die Frage nach den Zielen, die die Proband*innen mit der Anschlussmaßnahmen verfolgten, überschneiden sich teilweise mit den oben genannten Gründen. Ziele waren unter anderem Abstinenz bzw. der Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen, Austausch, Unterstützung bei der Problembewältigung, die Gründe für die Abhängigkeit erkennen, Ratschläge einholen, bisheriges Wissen auffrischen sowie auch die allgemeine Lebensgestaltung ändern (z.B. gesundheitliche Verbesserungen). Mitunter wurde vereinzelt auch kein Ziel genannt und zwar dann, wenn die Anschlussmaßnahme durch äußere Umstände, wie die gerichtliche Verordnung, bedingt war.

Tabelle 42 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) zeigt dabei die Abbruchhäufigkeit in den verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien für die Interventionsgruppe. Tabelle 43 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) zeigt weiterhin die Häufigkeit verschiedener Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe. Tabelle 44 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) stellt die Häufigkeit einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen sowie die Bewertung der Anschlussmaßnahmen und der Intervention im Hinblick auf den Nutzen beim Suchen und der Aufnahme einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe dar. Es zeigte sich, dass die Proband*innen im Schnitt weniger als einen Termin nicht wahrgenommen haben. Die empfundene Nützlichkeit der App hinsichtlich der Auswahl und Aufnahme von Hilfsangeboten stieg von T2 zu T3. Die Weiterempfehlungsrates der Intervention an Freunde/Bekannte lag zu T2 bzw. T3.2 bei 115 (65.7%) und 113 (64.6%).

Tabelle 45a und b (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) schlüsselt die Bewertung in der Interventionsgruppe nochmal nach verschiedenen Kategorien der Hilfsangebote auf. Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Zeitpunkt nur für bestimmte Anschlussmaßnahmen aussagekräftige Ergebnisse vorlagen. Als Cut-off wurde im Folgenden eine Anzahl von mindestens fünf Personen gewählt.

Die Überzeugung von den Hilfsangeboten und die Bewertung, wie hilfreich das Hilfsangebot war, lag stets über drei (teilweise überzeugt). Häufig traten Werte über vier auf (überzeugt/hilfreich). Bei T2 waren die Proband*innen im Vorfeld am ehesten von der Suchtberatung und bei T3.2 am ehesten von der ambulanten Entwöhnung überzeugt. Bei T4 war die Überzeugung bei der Suchtberatung am höchsten. Bei T5 wurde die ambulante Entwöhnung am überzeugendsten bewertet. Die höchsten Bewertungen, wie hilfreich das Angebot war, hat die stationäre Entwöhnung bei T2 und T3.2 erzielt. Bei T4 und T5 wurde die Suchtberatung am höchsten bewertet.

Demzufolge kann man mitunter Diskrepanzen zwischen der Überzeugung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich sein wird, und der Bewertung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich war, feststellen. So waren die Erwartungen an eine ambulante Therapie sowie an die Suchtberatung am höchsten, während die stationäre Therapie und die Suchtberatung am hilfreichsten waren.

Die Stichprobengröße bezüglich der App-Bewertung war meist zu klein, um eine gültige Aussage zu treffen. Insgesamt lagen die Werte über 2 (wenig hilfreich). Die Intervention erwies sich am hilfreichsten für die Auswahl und Aufnahme einer Suchtberatung und am wenigsten hilfreich für die Auswahl sowie Aufnahme einer Selbsthilfegruppe oder Institutsambulanz.

Als Gründe, wieso manche Termine einer Anschlussmaßnahme nicht wahrgenommen wurden, nannten die Proband*innen Krankheit, mangelnde Zeit, Rückfälle oder andere persönliche Umstände. Manche gaben an, den Termin vergessen zu haben oder dass der Termin offiziell verschoben wurde. Auch wurde Corona als Grund angeführt (Ausfall der Sitzung oder persönliche Quarantäne). Auch nannten manche Proband*innen, dass sie die Termine nur bei Bedarf (z.B. bei Suchtdruck) in Anspruch nahmen.

Auf die Frage, was den Proband*innen am Hilfsangebot gut gefallen hatte, wurden Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit, die Vielfalt der Angebote, die erhaltenen Ratschläge, die Alltagsstrukturierung bzw. Beschäftigung, der Austausch mit anderen, das professionelle Feedback durch geschultes Personal, die örtliche Nähe, die Motivierung und die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst genannt. Mitunter wurde aber auch gesagt, dass nichts an dem Hilfsangebot als gut zu beurteilen war, oder lediglich, dass die Proband*innen ein wirksames Medikament erhalten hatten.

Als Verbesserungsvorschläge führten die Proband*innen an, dass es eine engmaschigere Betreuung geben sollte bzw. mehr Termine, mehr psychotherapeutische Inhalte, mehr Einzelgespräche – auch unter Einbeziehung der Angehörigen, mehr Informationen, mehr Herzlichkeit im Umgang bzw. das Eingehen auf individuelle Wünsche. Manche Proband*innen konnten hierzu noch keine Angabe machen oder fanden nichts verbesserungswürdig (u.a. weil das Angebot einfach unpassend war). Auch das Verhalten der anderen Gruppenteilnehmenden wurde als verbesserungswürdig beschrieben. Der Mangel an Angeboten wurde mitunter Corona zugeschrieben. Diese letzten beiden Punkten implizierten jedoch keine konkreten Verbesserungsvorschläge.

Ein paar Proband*innen beschrieben auch Verschlechterungen durch das Aufnehmen der Anschlussmaßnahme, wie negative Auswirkungen auf die Stimmung (z.B. Unruhe, Panik, Langleweiligkeit), Suchtdruck bzw. Rückfälle und Kontakt zu Personen, die ihnen nicht guttun.

Bei Fehlen einer Anschlussmaßnahme begründeten die Proband*innen dies besonders häufig damit, noch auf einer Warteliste zu stehen. Auf diesen Umstand wurde nochmals in Aussagen der Proband*innen Bezug genommen, wonach kürzere Wartezeiten ihnen geholfen hätten bereits früher eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen.

Zum Messzeitpunkt T3.2 reduzierte sich die Anzahl der Proband*innen, die die Warteliste als Grund für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme nannten, um mehr als 2/3. Ab dann wurden auch bei den weiteren Messzeitpunkten anstatt der Wartezeiten „Corona“ und „Sonstiges“ als häufigste Gründe genannt. Viele Proband*innen berichteten, dass sie mehr Zeit gebraucht hätten, um eine Anschlussmaßnahme zu finden. Auffällig zu T3.2, verglichen mit den anderen Zeitpunkten, ist auch, dass das Argument, eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll zu halten besonders häufig genannt wurde.

Beratungs- und Nachsorgeangebote waren die am häufigsten genannten Kategorien. Der Anteil der Proband*innen, die an diesen Arten der Anschlussmaßnahmen teilnahmen, blieb über alle Erhebungszeitpunkte recht konstant. Dabei wurden Beratungsangebote wiederum deutlich häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote.

Tabelle 46 (siehe Anhang 1, Abschnitt 4.2) zeigt die Häufigkeit verschiedener Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe.

Auf die Frage, was den Proband*innen zusätzlich geholfen hätte, eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen, nannten sie beispielsweise, dass mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung sowie positivere Erfahrungen mit bisherigen Angeboten wichtig gewesen wären. Einige erwähnten, dass es ihnen leichter gefallen wäre, wenn es keine Pandemie gegeben hätte (es mangelte an persönlichen Kontakten und Termine konnten nicht stattfinden). Andere nannten, dass sie eine höhere Eigenmotivation gebraucht hätten oder dass ihnen nichts geholfen hätte. Vereinzelt hatten Proband*innen Schwierigkeiten eine Anschlussmaßnahme in ländlichen Regionen zu finden, da dort die Angebote meist weit weg waren und nur schwer mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen waren. Die meisten Proband*innen

waren jedoch sehr zufrieden mit ihrer Suche nach einem Hilfsangebot und hätten nichts weiter gebraucht.

Fazit zum Vergleich zwischen IG und KG

Nach der Analyse der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen lassen sich die nachfolgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der KG und der IG zusammenfassen.

Zunächst einmal berichteten die Proband*innen aus beiden Gruppen besonders zu Beginn der Befragungen dieselben Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme wie beispielsweise noch auf einer Warteliste zu stehen. Zu den späteren Zeitpunkten wurde das Fehlen wiederum häufiger mit veränderten Bedingungen durch die Corona-Pandemie begründet. Einige Proband*innen gaben aber auch an, eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll zu halten. Für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme hätten sich die Proband*innen sowohl aus der KG als auch aus der IG mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung gewünscht. Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurden Empfehlungen oder ein inneres Bedürfnis, bestimmte Ziele wie Abstinenz oder den Umgang mit Suchtdruck, zu erreichen genannt. Die Proband*innen aus beiden Gruppen nutzten am häufigsten Beratungs- und Nachsorgeangebote. Dabei wurden Beratungsangebote nochmal häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote (vorrangig Selbsthilfegruppen). Die Nutzung der stationären Entwöhnung stieg erst später im Studienzeitraum (ab sechs Wochen). Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Selbsthilfegruppen vergleichsweise schlecht abschnitten (Erwartung und Bewertung). Die stationäre Entwöhnung wurde in beiden Gruppen vergleichsweise positiv bewertet.

Im Schnitt wurde weniger als ein Termin nicht wahrgenommen: Dies wurde dann häufig mit Krankheit, mangelnder Zeit, mit Rückfällen oder anderen persönlichen Umstände erklärt. Die Proband*innen aus beiden Gruppen äußerten sich ebenfalls ähnlich dazu, was ihnen am Hilfsangebot gut gefallen hätte. Dabei wurden einige Aspekte wie Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit und die Vielfalt der Angebote genannt. Proband*innen aus KG und IG führten auch einige Verbesserungsvorschläge an (z.B. eine engmaschigere Betreuung bzw. mehr Termine).

Gleichzeitig waren auch einige Unterschiede in der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen zwischen IG und KG zu finden. Als Gründe für den Abbruch nannte die KG, dass es zu zeitintensiv gewesen sei oder dass die Proband*innen sich mit den Therapeut*innen nicht verstanden hätten. Die IG hingegen berichtete eher von Problemen mit anderen Teilnehmenden. Bei der IG waren die Erwartungen an eine ambulante Entwöhnung sowie an die Suchtberatung am höchsten, während die stationäre Therapie und die Suchtberatung als am hilfreichsten bewertet wurden. In der KG waren die Erwartungen hingegen an die ambulante und stationäre Entwöhnung sowie die Institutsambulanz am höchsten, wobei die ambulante Entwöhnung und Institutsambulanz zu Beginn des Studienzeitraums (einige Wochen nach Entzug) am besten, später (einige Monate nach Entzug) jedoch am schlechtesten bewertet wurden.

Die Bewertung der App hinsichtlich der Auswahl und Aufnahme von Hilfsangeboten stieg von T2 zu T3. Die höchsten App-bezogenen Bewertungen erhielt die Suchtberatung.

Abschließend lässt sich festhalten, dass bei der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sehr ähnliche Muster zwischen IG und KG existierten. Die bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen beschränkten sich hauptsächlich auf Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme und Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Bewertungen.

App-Nutzungsdaten

Sieben-und-sechzig Personen hatten die zweite App-Version und 108 Personen hatten die erste App-Version. Im Folgenden werden die Daten für beide Versionen zusammen sowie getrennt berichtet und es werden signifikante Unterschiede zwischen den Versionen angegeben.

Gematchte Daten (vorhanden bei alter und neuer Version)

Die durchschnittliche Nutzungsdauer pro Proband*in ($n=175$) in Minute pro Woche zeigen die Abbildungen 16a-c (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1). Die Anzahl der Personen, die die verschiedenen Kompetenzen erfolgreich abgeschlossen haben, wird in den Abbildungen 17a-c (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1) dargestellt. Die mittlere Anzahl der Aufrufe bestimmter App-Bereiche pro Person ($n=175$) während des gesamten Studienzeitraums wird in den Abbildungen 18a-c dargestellt (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1).

In der zweiten App-Version gab es nach Bonferroni-Holm-Korrektur signifikant weniger Aufrufe beim Motivationsbereich als in der ersten App-Version (siehe Anhang 1). Die mittlere Anzahl der versendeten Chatnachrichten pro Person ($n=175$) zeigen die Abbildungen 19a-c (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1).

In der ersten App-Version gab es insgesamt mehr Nachrichten (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1), insbesondere speziell vom Coach (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.1).

Versions-spezifische Daten (nur vorhanden in alter ODER neuer App)

Relativiert an der Anzahl möglicher Kompetenzen schlossen die Proband*innen in der ersten App-Version signifikant mehr Kompetenzen als in der zweiten App-Version ab (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.2). Die Häufigkeiten einzelner abgeschlossener Kompetenzen in der alten bzw. zweiten App-Version sind in Abbildung 20 und 21 abgebildet (siehe Anhang 1, Abschnitt 5.2).

Corona-Pandemie

In Tabelle 47 (siehe Anhang 1, Abschnitt 6) sind die deskriptiven Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Corona-Pandemie abgetragen. Es zeigt sich, dass fast durchgehend negative Auswirkungen der Corona-Pandemie berichtet wurden. Die Auswirkungen auf die Kindererziehung sowie Beziehung/Partnerschaft wurden dabei als vergleichsweise gering eingeschätzt. Zur Baseline-Befragung wurden die Auswirkungen auf Abstinenz, Umgang mit Suchtverlangen und Abstinenzmotivation deutlich negativer wahrgenommen als zu den anderen Zeitpunkten, wobei für Letztere nahezu keine Auswirkungen mehr berichtet wurden.

Das Projekt wurde maßgeblich durch die Corona-Pandemie beeinflusst. Die Konsortialführung erfasste aus diesem Grund systematisch über den gesamten Zeitraum der Pandemie coronabedingte Auswirkungen auf die Rekrutierung und die Aufnahme von Anschlussmaßnahmen. Im Laufe der Pandemie wurde die Rekrutierung erheblich erschwert und die Rekrutierung musste je nach Rekrutierungszentrum phasenweise zu einem Teil oder ganz eingestellt werden. Zum einen ergriffen die Kliniken teils tiefgreifende Maßnahmen, um einerseits Kapazitäten für die Behandlung von an Covid-19 erkrankten Personen zu gewährleisten und andererseits die Gefahr einer Ausbreitung des Virus im Rahmen einer Behandlung zu minimieren. Diese Maßnahmen unterschieden sich von Klinik zu Klinik und umfassten beispielsweise die Schließung von Entzugsstationen, sodass keine neuen Patient*innen (teilweise mit Ausnahme von Akutfällen) in die Kliniken aufgenommen werden konnten, das Umfunktionieren ganzer Stationen oder die klinikweite Unterbrechung der Durchführung wissenschaftlicher Studien. Später konnten zwar wieder Suchtpatient*innen behandelt werden, allerdings nur eingeschränkt. Gruppen-, Sport- oder Ergotherapie konnten lange Zeit nicht in Anspruch genom-

men werden. Zum anderen ließen herangezogene Erfahrungsberichte von Kliniken und Suchtberatungsstellen darauf schließen, dass sich viele Menschen aufgrund der zeitweisen Ausgangsbeschränkungen sowie aufgrund einer Verunsicherung über den Umgang der Kliniken mit der Corona-Situation und der Gefahr einer Infizierung in der Klinik besonders in inzidenzreichen Phasen der Pandemie gegen eine stationäre Entgiftung oder einen Entzug in einer Klinik entschieden. Insgesamt setzte sich die Gruppe der Patient*innen, die eine Klinik zur Entgiftung aufsuchten, der Einschätzung eines Psychologen zu Folge, anders zusammen als dies vor oder nach der Pandemie der Fall gewesen sei: Die Patient*innen, die eine stationäre Behandlung aufsuchten, seien während der Pandemie schwerer erkrankt gewesen als zuvor. Dies führte zu einem höheren Behandlungsaufwand.

Auch die Aufnahme von Anschlussmaßnahmen war während der Corona-Pandemie massiv erschwert. Wichtige Schritte zum Aufsuchen und Besuchen von Anschlussmaßnahmen bestehen darin, Anschlussmaßnahmen telefonisch zu kontaktieren oder direkt vor Ort aufzusuchen. Diese beiden Optionen waren zum Teil deutlich eingeschränkt, da nicht alle Anschlussmaßnahmen durch die Homeoffice-Situation telefonisch erreichbar waren und die meisten Anschlussmaßnahmen zeitweise für Personenverkehr geschlossen hatten. Das zweite Problem ergab sich daraus, dass es schwierig war, Personen in weiterführende Anschlussmaßnahmen zu vermitteln, da diese zeitweise begrenzte Aufnahmekapazitäten hatten bzw. ganz geschlossen waren, sodass das Behandlungsangebot während der Pandemie erheblich reduziert war. So waren Suchtberatungsstellen gerade zu Beginn der Pandemie längere Zeit geschlossen, im weiteren Verlauf waren Beratungen hauptsächlich nur telefonisch verfügbar, was bei den Patient*innen teils auf geringe Akzeptanz stieß. Die Wartezeiten bis zum Erstkontakt verlängerten sich, da es zugleich auch eine höhere Nachfrage seitens der Patient*innen gab. Selbsthilfegruppen fanden phasenweise nicht mehr statt. Viele Selbsthilfegruppen stellten daraufhin während der Pandemie auf Online- oder telefonischen Kontakt um, was auch hier bei einigen Patient*innen zu Desinteresse an dieser Form der Anschlussmaßnahme führte. Zudem fanden die Selbsthilfegruppen teilweise nur sporadisch und ohne Kontinuität statt. Psychiatrische Institutsambulanzen waren phasenweise ganz geschlossen. Bei geringeren Inzidenzen boten sie wieder persönlichen Kontakt an, jedoch mit verringerten Gruppengrößen bei Gruppentherapien und unter Maskenpflicht. Die angekündigten Wartezeiten auf ambulante Psychotherapien verlängerten sich massiv. Manche Psychotherapeut*innen hatten so lange Wartelisten, dass sie niemanden mehr auf die Warteliste setzen wollten. Der Beantragungsprozess für Rehabilitationsmaßnahmen lief verzögert ab. Stationäre Rehabilitationen fanden nur unter Auflagen statt, wie z.B. Verkleinerung der Gruppengrößen, Reduktion des Therapieangebots, Maskenpflicht. Lange Wartezeiten auf Anschlussmaßnahmen sowie die nur unter Auflagen oder online/telefonisch mögliche Teilnahme führten bei den Patient*innen zu einer reduzierten Motivation, an der entsprechenden Anschlussmaßnahme teilzunehmen.

Dem Projekt sei während der Pandemie eine besondere Bedeutung zugekommen, wie ein Coach und eine Klinikpsychologin unterstrichen: SmartAssistEntz sei in einer Zeit verlässlich für die Patient*innen gewesen, in der es sonst kaum Angebote für sie gegeben habe. Viele Patient*innen seien sehr dankbar für das Projekt gewesen. Ein Psychologe fand es gut, dass Patient*innen durch die telefonische Erreichbarkeit bzw. insbesondere das Online-Angebot des Projektes aufgefangen werden konnten. Diese Möglichkeit, sich auszutauschen und nach dem Befinden gefragt zu werden, war gerade für Suchtpatient*innen gut, da diese nur eingeschränkt soziale Kontakte gehabt hätten.

Evaluation der Adhärenzfaktoren

Die Intervention und die Beziehung zu den Coaches wurden von der Mehrheit der Befragten positiv beschrieben. Terminliche Schwierigkeiten hinsichtlich der Coaching-Gespräche sowie Depressivität nach einem Rückfall trugen zum Abbruch der Intervention bei. Die Detailergebnisse zur Evaluation der Adhärenzfaktoren werden im Anhang 1 (Abschnitt 7) berichtet.

Erstellung der Disseminationsstrategien

Aus Sicht der Befragten müssten die Kosten für die Intervention übernommen werden und das nicht nur für die Patient*innen, sondern auch die Kliniken müssten die Zeit für die Information der Patient*innen, für die Einführung in die Intervention und für die Verschreibung vergütet bekommen. Dies alles koste das Personal viel Zeit, an der es selbst im qualifizierten Entzug mangle. Aufgrund des geringen Personalschlüssels sollten dabei zudem nach Möglichkeit mehrere Berufsgruppen involviert werden. V.a. für Psycholog*innen und Sozialpädagog*innen brauche es hier zusätzliche Ressourcen. Für die Implementierung in die Regelversorgung müsse die Intervention intensiv bei den Behandler*innen der Kliniken beworben werden, dabei solle auch die Wirksamkeit der Intervention dargelegt werden. Die Befragten hielten intensive Schulungen des Klinikpersonals bzgl. der Intervention und der Rekrutierung von Patient*innen für die Intervention für unumgänglich. Ein Psychologe äußerte auch den Wunsch nach Testversionen für das beteiligte Personal, um die App kennenzulernen und dadurch auch besser erklären zu können. Zudem müsse für das Onboarding (Einführung in der App-basierte Intervention) in den Kliniken Internetzugang gewährleistet werden, z.B. via WLAN oder Router.

Der beste Zeitpunkt, um die Patient*innen anzusprechen und über das Angebot zu informieren, sei während der Entzugsbehandlung, wenn die Patient*innen bereits ein paar Tage abstinent seien. Dies sei am besten im qualifizierten Entzug machbar. Hierbei sollten fest in den Stationsalltag integrierte Gruppeneinführungen zum Einsatz kommen. Besonders bei Patient*innen mit schwerer Symptomatik sei die Einführung in Einzelgesprächen besser geeignet, da bei der Motivierung und Argumentation für die Intervention dabei besser auf die Lebenssituation und die individuellen Probleme des Betroffenen eingegangen werden könne. Für die Rekrutierung von Patient*innen müsse Infomaterial zur Verfügung gestellt werden, u.a. Aushänge und Flyer mit QR-Code. Außerhalb der Kliniken könnten Patient*innen zudem in Selbsthilfegruppen, Suchtberatungsstellen, Hausarztpraxen und über Mitgliedszeitschriften der Krankenkassen auf das Angebot aufmerksam gemacht werden.

Aus Sicht eines Befragten seien für die Intervention besonders Patient*innen im frühen oder mittleren Krankheitsstadium geeignet, die noch nicht lange alkoholabhängig sind und sich im Suchtbereich noch wenig auskennen. Ein anderer Behandler sah hier mehr einen Fokus auf unterschiedliche Bereiche der Intervention entscheidend – bei Patient*innen mit leichter bis mittlerer Symptomatik stünden die therapeutischen Inhalte mehr im Vordergrund, bei Patient*innen mit schwerer Symptomatik seien die Anschlussmaßnahmen von größerer Bedeutung. Für Letztere müsse zudem das Onboarding möglichst simpel und eingängig gestaltet werden. Dies sei aus Sicht der Befragten auch wichtig, da einige Patient*innen technisch nicht versiert genug seien und sich daher schwieriger zu app-basierten Interventionen motivieren ließen. Eine Herausforderung würden darüber hinaus Patient*innen ohne festen Wohnsitz darstellen, da die technischen Voraussetzungen zur Nutzung der App hier nur eingeschränkt und nicht stabil vorhanden seien.

Bedenken wurden seitens eines Behandlers dahingehend geäußert, dass die Implementierung des Angebots womöglich damit einhergehen könnte, dass Kliniken den Aufenthalt der Patient*innen verkürzen. Dies dürfe nicht passieren, da die Zeit der Entzugsbehandlung ohnehin schon weit unter der empfohlenen Dauer liege. Die Intervention könne eine Therapie zudem nicht ersetzen, der Besuch einer Anschlussmaßnahme sei darum entscheidend. Entsprechend der Meinung des Behandlers und der Rückmeldung einiger Patient*innen, die erneut zum Entzug auf die Station gekommen seien, reiche die Dauer des begleitenden Coachings in der Regel nicht aus, um einen solchen Platz zu bekommen.

4. Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Evaluators

Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

Ziel dieses Evaluationsberichts ist es, einen Überblick über das Erreichen der Projektziele sowie die Ergebnisse der Effektevaluation, Prozessevaluation und gesundheitsökonomischen Evaluation zu liefern. Nachfolgend sollen die Ergebnisse in diesem Sinne zusammengefasst und interpretiert werden.

Die Rekrutierung zur Effektevaluation konnte, trotz erschwelter Bedingungen durch die Corona-Pandemie, erfolgreich abgeschlossen werden. Die Idealzeitpunkte wurden entsprechend des Telefonprotokolls im Durchschnitt eingehalten. Durch das intensive Monitoring des Rekrutierungsprozesses und entsprechender Maßnahmen (z. B. Willkommensgeschenk, Kostostand) konnte eine Steigerung der Adhärenz verzeichnet werden. Auch wenn nur wenige Personen explizit angaben, dass ihre Bereitschaft zur Teilnahme durch das Willkommensgeschenk beeinflusst wurde, könnte die Freude über das Geschenk einen impliziten Effekt gehabt haben. Wir gehen davon aus, dass eine stärkere Verbindung zum Evaluationsteam aufgebaut werden konnte, da die Proband*innen nach ihrer Entlassung aus der Klinik nochmal an die Studienteilnahme erinnert und dafür wertgeschätzt wurden, wodurch das langfristige Commitment zur Studienteilnahme erhöht wurde. Online-Befragung und Kurzbefragung wurden nur vereinzelt in Anspruch genommen. Folglich scheinen die Maßnahmen intensivierte Kontaktaufnahme, Willkommensgeschenk, Willkommensbrief und Kostostand, nicht aber Online- und Kurzbefragung einen positiven Einfluss gehabt zu haben. Gleichzeitig wurde ein Auswertungsplan entworfen, der trotz des erhöhten Dropouts (32 % im Vergleich zu angenommenen 13 %) zu Ergebnissen führt, die so zuverlässig wie möglich sind. Nicht erreichte Personen wurden dabei als rückfällig kodiert. Zusätzlich wurden fehlende Werte durch multiple Imputation geschätzt (Hallgren & Witkiewitz, 2013). Um die Robustheit der Ergebnisse einschätzen zu können, werden die verschiedenen Analyseverfahren (multiple Imputation, konservative Kodierung) vergleichend dargestellt.

Bei der Stichprobenbeschreibung fällt auf, dass die Proband*innen überwiegend kaukasischer Ethnizität waren, einen geringen Bildungsabschluss aufwiesen und überwiegend in einer Großstadt wohnten (was an der Rekrutierung in großstädtischen Kliniken wie Nürnberg oder München liegen dürfte). Die Proband*innen wiesen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung ein durchschnittliches Gehalt auf (ca. 2.244 € Brutto monatlich in der Allgemeinbevölkerung; siehe <https://de.statista.com/themen/293/durchschnittseinkommen/>). Zudem entspricht die Geschlechts- und Altersverteilung der typischen Verteilung bei Alkoholabhängigkeit (Burger & Mensink, 2003). Außerdem war die Schwere der Abhängigkeit (entsprechend SESA, SCID und AUDIT) insgesamt als hoch zu beurteilen, und es lag eine hohe Komorbidität depressiver Symptome vor, was sich generell in Stichproben alkoholabhängiger Personen während einer Entzugsbehandlung zeigt (Soyka & Lieb, 2004). Es ist also insgesamt von einer für dieses Störungsbild repräsentativen Stichprobe auszugehen.

Abgesehen von der hohen Schwere der Abhängigkeit waren die Scores hinsichtlich Craving und Wohlbefinden eher niedrig, die der gesundheitsbezogenen Lebensqualität eher hoch. Die Abstinenzrate der gesamten Stichprobe nach sechs Monaten in der Kontrollgruppe war vergleichbar mit anderen Studien, die alkoholabhängige Personen nach dem stationären Entzug begleiteten (Loeber et al., 2006).

Die Interrater-Reliabilität der Befragungen zur Effektevaluation erwies sich als sehr gut. Potentielle Suizidalität trat nur vereinzelt auf und wird daher nicht als signifikantes Problem eingeschätzt, zumal alle Fälle begleitet und abgeklärt werden konnten. Nur in wenigen Fällen sind die erhobenen Daten vor dem Hintergrund einer Intoxikation mit Vorsicht zu beurteilen, sodass der Datensatz diesbezüglich insgesamt als valide beurteilt werden kann. Somit ist der Verlauf der Effektevaluation insgesamt als erfolgreich zu beurteilen. Da die Einschätzung der

Gruppenzugehörigkeit durch die Rater bei einer Ratewahrscheinlichkeit lag, ist von erfolgreicher Verblindung auszugehen. Bei den Coaches zeigte sich eine sehr hohe Adhärenz zum Coaching-Manual, das Coaching wurde also manualgetreu durchgeführt.

Hinsichtlich des primären Outcomes zeigt sich in der primären Auswertung (kovariatenadjustierte, rechtszensierte Cox-Regressions-basierte ITT-Analyse) im Zeitraum von sechs Monaten nach Randomisierung ein signifikant niedrigeres Rückfallrisiko in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Dieser Effekt verstärkt sich noch weiter, wenn das Per-Protocol-Kollektiv betrachtet wird, also diejenigen Patient*innen, die die App nach Nutzungsempfehlung mind. 15 Minuten pro Woche in fünf der ersten sechs Wochen nutzten sowie mind. 5 Coachings wahrnahmen. Die als Sensitivitätsanalyse zu betrachtende unadjustierte Analyse zeigte im Gesamtkollektiv eine Reduktion des Rückfallrisikos in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe von 24%. Ohne Kovariatenadjustierung wies dieser Effekt keine statistische Signifikanz auf. Dies liegt vermutlich u.a. an dem Dropout, der höher ausfiel als ursprünglich antizipiert. Nach Kovariatenadjustierung, welche als Goldstandard für die Auswertung von randomisiert-kontrollierten Studien gilt (Kahan, Jairath, Doré & Morris, 2014) und deswegen als primäre Auswertungsstrategie gewählt wurde, zeigt sich eine statistisch signifikante Reduktion des Rückfallrisikos in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe von 29%. Bei Betrachtung der durch hinreichende Adhärenz bzgl. der gesamten Interventionsnutzung, d.h. Coaching und App in Kombination, identifizierten Per-Protocol-Stichprobe zeigt sich bereits im unadjustierten Effekt ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen sowie eine Reduktion des Rückfallrisikos von 38%. Bei der Betrachtung der durch Adhärenz bzgl. der Coaching-Nutzung identifizierten Per-Protocol-Stichprobe zeigt sich unadjustiert hingegen kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen, wenngleich die Interventionsgruppe hier ähnlich wie im unadjustierten Gesamtkollektiv eine Reduktion des Rückfallrisikos von 24% aufweist.

Alle Personen, die die App-Nutzungsempfehlung erfüllt haben, haben zugleich auch die Coaching-Nutzungsempfehlung erfüllt, weshalb keine Aussagen über einen alleinigen Effekt bei hinreichender App-Nutzung getroffen werden können. Möglicherweise ist eine empfehlungsgetreue Begleitung durch die Coaches sogar eine notwendige, wenn auch nicht hinreichende Bedingung für eine App-Nutzung entsprechend der Empfehlung.

Bei Betrachtung der als konservativ einzuschätzenden Sensitivitätsanalyse, bei der Personen, die nicht erreicht wurden, als rückfällig kodiert wurden, zeigt sich eine nicht signifikante Reduzierung des Rückfallrisikos in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe von 18% (unadjustiert) bzw. 21% (adjustiert). Aufgrund der bedeutsamen Folgen eines einzelnen Rückfalls kann selbst dieser Worst-Case-Befund zur Effektivität als klinisch bedeutsam eingestuft werden. Der mit dem Goldstandard ermittelte Wert der Reduktion des Rückfallrisikos um 29% in der FAS-Stichprobe und 38% in der Per-Protocol-Stichprobe mit dem App-Nutzungskriterium kann demzufolge in jedem Fall als klinisch hoch bedeutsam angesehen werden.

Bezüglich der sekundären Outcomes zeigen sich gemischte Befunde. Die Interventionsgruppe nahm nicht mehr Anschlussmaßnahmen als die Kontrollgruppe auf und zeigte auch nicht weniger Abbrüche einer einmal begonnenen Anschlussmaßnahme. Die Schwere der Alkoholabhängigkeit, die Anzahl der SCID-Kriterien sowie die Werte des AUDITs sind in der Interventionsgruppe gegenüber der Kontrollgruppe verbessert, allerdings zeigt sich hier keine statistische Signifikanz. Ebenso zeigen sich weniger Trinktage, Gramm pro Trinktage sowie ein reduziertes Craving in der Interventions- als in der Kontrollgruppe, wenngleich auch diese Effekte nicht statistisch signifikant sind. Allerdings zeigt sich ein marginaler, aber statistisch nicht signifikanter Trend für die Effekte der Intervention auf das Craving nach sechs Wochen. Ein ebensolcher Trend zeigt sich auch beim Wohlbefinden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität nach sechs Wochen. Ferner zeigen sich deskriptiv positive Effekte der Intervention auf das Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität nach sechs Monaten in der Interventionsgruppe, welche jedoch keine statistische Signifikanz aufzeigten. Dasselbe gilt für etwaige Effekte der Intervention auf Symptome von Angststörungen und Depression. Die

Schlafqualität in der Interventionsgruppe war nach drei Monaten signifikant besser in der Interventions- als in der Kontrollgruppe, nicht jedoch nach drei Wochen, sechs Wochen und sechs Monaten.

Bei den Mediationsanalysen konnte kein vermittelnder Effekt des Erfolges bei der Einsteuerung in eine Anschlussmaßnahme identifiziert werden. Dies spricht dafür, dass die Intervention ihre Effekte durch die Interventions-inhärenten Wirkkomponenten erzielt und nicht dadurch, dass sie die Betroffenen in anderweitige Maßnahmen überführt. Dieser Befund kann jedoch vor dem Hintergrund, dass aufgrund der Corona-Restriktionen viele Anschlussmaßnahmen im Interventionszeitraum nicht verfügbar waren, nicht auf Pandemie-freie Zeiten generalisiert werden.

Insgesamt wurde die Intervention von den Patient*innen als sinnvoll und hilfreich erachtet. Die Erwartungen an die Intervention wurden laut den Ergebnissen des CEQ erfüllt. Auch fiel die Bewertung von Usability, Zufriedenheit und Coaching-Beziehung überdurchschnittlich gut aus. Auch in den Befragungen zur Evaluation der Adhärenzfaktoren nannten die Proband*innen sowohl bzgl. des Coachings als auch der App hauptsächlich förderliche Aspekte und beschrieben die Beziehung zu den Coaches als sehr positiv. Die Mehrheit der Befragten wünschte sich zudem eine längere Dauer des Coachings. Darüber hinaus gab es wenig Dropout bei der Intervention, besonders beim Coaching, unabhängig vom Dropout aus der Studie.

Negative Effekte durch die Intervention wurden nur vereinzelt beschrieben, wie z.B. das Auslösen negativer Erinnerungen. Allerdings sollte versucht werden, die Aufgabeninstruktionen noch simpler und transparenter zu gestalten, um das Verständnis zu erhöhen. Laut App-Nutzungsdaten verbrachten die Proband*innen in den ersten sechs Wochen im Schnitt 33 Minuten pro Woche in der App, was bedeutet, dass die Nutzungsdauer im Schnitt deutlich über der empfohlenen Nutzungsdauer lag. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass die durchschnittliche Nutzungsdauer in der ersten Woche von etwa 60 Minuten auch die etwa 10-15 Minuten enthält, die den aktiv in der App verbrachten Einführungsteil in der Klinik umfasst. Die Implementation der zweiten App-Version hatte keinen Einfluss auf die Nutzungsdauer, jedoch wurden in der zweiten App-Version im Schnitt mehr Kompetenzen abgeschlossen. Zwar sollte hierbei berücksichtigt werden, dass in der zweiten Version jede Kompetenz mehr Aufgaben umfasste als in der ersten Version, jedoch waren die einzelnen Aufgaben in der ersten App-Version länger und umfassender, was das erfolgreiche Abschließen natürlich schwieriger machte. Zumindest scheint das aber ein differenzieller Effekt zu sein, da sich nicht für alle Kompetenzen Unterschiede in der Häufigkeit erfolgreicher Abschlüsse zeigten. Der Motivationsbereich bzw. die Motivationskompetenz wiederum wurde in der zweiten App-Version nur etwa halb so oft aufgerufen bzw. abgeschlossen wie in der ersten App-Version. Dies dürfte daran liegen, dass die Motivationskompetenz in der ersten App-Version eine Basiskompetenz darstellte, die abgeschlossen werden musste, bevor andere Kompetenzen begonnen werden konnten. Auch wurden bei der zweiten App-Version weniger Chatnachrichten zwischen Patient*in und Coach ausgetauscht. Wobei aber beachtet werden muss, dass die Chat-Funktion ohnehin hauptsächlich zur Terminabsprache und weniger für Interventionsmaßnahmen genutzt wurde.

Insgesamt scheint das veränderte Nutzungsverhalten auf die Umstrukturierung der Kompetenzen und Bereiche zurückzuführen zu sein. Die inhaltlichen Veränderungen in der zweiten App-Version hatten jedoch keinen andersartigen Einfluss auf das Rückfallrisiko.

Weiterhin wurden die drei Wellen zur Prozessevaluation erfolgreich durchgeführt und wichtige Erkenntnisse gewonnen. Die Gesprächspartner*innen schlugen unter anderem vor, dass die App auch für iPhones zur Verfügung gestellt und die Dauer der Intervention auf drei Monate ausgeweitet werden sollte. Außerdem sollte sie auch für andere Substanzen wie Cannabis (nicht-harte Drogen) angeboten werden. Sie könnte zudem auch von anderen Berufsgruppen betreut werden. Besonders sinnvoll wäre es, die Einführung und technische Unterstützung bereits in der Klinik vorzunehmen; ob dies im derzeitigen klinischen Alltag machbar sei, wäre aber anzuzweifeln. Die Nutzung könnte für die Patient*innen noch attraktiver gestaltet

werden, indem mehr Gamifizierungs-Elemente eingebaut werden. Mehr Werbung für die App und modernere Flyer für die Patient*innen wurden als zusätzliche Verbesserungsvorschläge genannt.

Auch wenn es keinen Einfluss der Gruppe auf die Rate der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen oder die Abbruchrate gab, zeigten sich deskriptiv einige wertvolle Erkenntnisse hinsichtlich der Aufnahme einer Anschlussmaßnahme.

Zunächst einmal berichteten die Proband*innen aus beiden Gruppen besonders zu Beginn der Befragung dieselben Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme. Zu Beginn des Zeitraums gaben die Proband*innen am häufigsten an, noch auf einer Warteliste zu stehen. Zu den späteren Zeitpunkten wurde das Fehlen wiederum häufiger mit veränderten Bedingungen durch die Corona-Pandemie begründet. Einige Proband*innen gaben aber auch an, eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll zu halten. Dies könnte daran liegen, dass sie bereits schlechte Erfahrungen im Zusammenhang mit Anschlussmaßnahmen (s. Aussagen über Verschlechterungen im Zusammenhang mit dem Besuch einer Anschlussmaßnahme) gesammelt hatten. Andererseits wäre es aber auch möglich, dass Anschlussmaßnahmen einem Teil der Proband*innen als sinnlos erschienen, weil sie den Eindruck hatten, über genug Erfahrung und Wissen zu verfügen, um auch ohne weitere Anschlussmaßnahme abstinent bleiben zu können. Zuletzt könnte es auch darauf zurückzuführen sein, dass die Hilfsangebote pandemiebedingt unter erschwerenden Bedingungen (nicht im persönlichen Kontakt, weniger Termine, längere Wartezeiten, usw.) geplant und durchgeführt werden sollten.

Die Proband*innen aus beiden Gruppen nutzten über den gesamten Zeitraum hinweg am häufigsten Beratungs- und Nachsorgeangebote (vorrangig Selbsthilfegruppen), die wahrscheinlich vergleichsweise schnell verfügbar und wenig zeitaufwändig waren. Dies könnte ein Indiz dafür sein, dass die Nachfrage nach niedrigschwelligen Angeboten über längere Zeit nach dem Entzug bestehen bleibt und spiegelt die Aussage einiger Proband*innen wider, ihr bereits erworbenes Wissen auffrischen zu wollen. Dabei wurden Beratungsangebote nochmal häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote (vorrangig Selbsthilfegruppen). Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass viele Proband*innen die individuelle Betreuung bevorzugten. Die Differenz könnte aber auch auf eine pandemiebedingte Veränderung der Selbsthilfegruppen (weniger Termine, weniger persönlicher Kontakt, größere Einschränkungen bzgl. der Teilnehmerzahl) zurückzuführen sein. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Selbsthilfegruppen vergleichsweise schlecht abschnitten (Erwartung und Bewertung). Dies könnte ebenfalls mit pandemiebedingten Anpassungen zu tun haben, aber auch daran liegen, dass es bei den Selbsthilfegruppen eine hohe Variabilität gibt und die Proband*innen daher verzerrte Erwartungen (z.B. aufgrund der Berichte von Mitpatient*innen) haben. Die stationäre Entwöhnung wurde in beiden Gruppen vergleichsweise positiv bewertet, was durch die intensive Betreuung erklärt werden könnte. Auch könnte es sein, dass die pandemiebedingten Einschränkungen aufgrund der Intensität des Angebots nicht so stark ins Gewicht fielen. Die Nutzung der stationären Entwöhnung stieg erst später im Studienzeitraum (ab sechs Wochen), was wahrscheinlich durch die Wartezeit bedingt war.

Gleichzeitig gab es ein paar Unterschiede in der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen zwischen IG und KG. Bei der IG waren die Erwartungen an eine ambulante Entwöhnung sowie an die Suchtberatung am höchsten, während die stationäre Therapie und die Suchtberatung als am hilfreichsten bewertet wurden. In der KG waren die Erwartungen hingegen an die ambulante und stationäre Entwöhnung sowie die Institutsambulanz am höchsten, wobei die ambulante Entwöhnung und Institutsambulanz zu Beginn des Studienzeitraums (einige Wochen nach Entzug) am besten, später (einige Monate nach Entzug) jedoch am schlechtesten bewertet wurden. Es könnte also sein, dass die Intervention für eine größere Passung zwischen Teilnehmer*innen und dem Angebot Suchtberatung gesorgt hat, sodass die Erwartungen und Bewertungen hier besonders gut waren.

Die Bewertung der App hinsichtlich der Auswahl und Aufnahme von Hilfsangeboten stieg von T2 zu T3. Dies könnte auf mögliche Veränderungen der Motivationslage der Proband*innen

zurückzuführen sein. Während die Proband*innen zu T2 womöglich noch motivierter und hoffnungsvoller waren, eine passende Anschlussmaßnahme aus Eigenantrieb zu finden, könnten sie zu T3 schon weniger motiviert und auf zusätzliche Unterstützung von außen angewiesen gewesen sein, insbesondere falls sie zu diesem Zeitpunkt noch keine zu ihnen passende Anschlussmaßnahme gefunden hatten. Aufgrund dessen könnte ihnen die App zu T3 weitere Impulse gegeben haben, nach einer Anschlussmaßnahme zu suchen und dahingehend noch hilfreicher erschienen sein als bereits zuvor. Die höchsten App-bezogenen Bewertungen erhielt die Suchtberatung. Es könnte sein, dass die Intervention besser bei der Aufnahme und Auswahl niedrigschwelliger Maßnahmen helfen konnte, die den Proband*innen bereits ein Begriff waren.

Hinsichtlich der gesundheitsökonomischen Evaluation stiegen bei der primären Analyse für die Stichprobe der Teilnehmenden mit patientenindividuellen Daten in einem 6-Monatszeitraum die Gesamtkosten beider Gruppen im Zeitverlauf an, wobei bei der IG mit insgesamt 61 € Anstieg deutlich weniger als bei der KG mit einem Anstieg von 886 €. Bei der IG ist der Kostenanstieg vor allem durch die im zeitlichen Verlauf höheren indirekten Kosten zu verzeichnen, die im Vergleich zu den direkten Kosten nach 6 Monaten deutlich höher lagen und auch höher ausfielen als der Kostenanstieg bei der KG. Die Kostenunterschiede zwischen den Gruppen waren jedoch nicht statistisch signifikant. Das Auffinden der signifikanten Unterschiede könnte durch die eingeschränkte Power der Tests erschwert sein, da Kostendaten bekanntermaßen eine sehr schiefe Verteilung aufweisen und mit Ausreißern verbunden sind – dies trifft sowohl auf die IG als auch auf die KG zu. Durch ein nicht-parametrisches Bootstrapping wurde versucht, dem zu begegnen. Die Ergebnisse des Bootstrapping stimmten mit den vorherigen Ergebnissen überein.

Im Rahmen der Sensitivitätsanalyse wurden weiterhin die Kostenentwicklung für den 6 Monatszeitraum für die Teilnehmenden inkl. der Patient*innen mit gemittelten Kostendaten betrachtet. Hierbei zeigte sich eine starke Tendenz für eine höhere Kosteneinsparung (Gesamtkosten) bei der IG (- 1.864 €) als bei der KG (- 1.332 €). Auch hier zeigte sich jedoch eine deutliche Zunahme der indirekten Kosten bei der IG, wohingegen diese bei der KG sogar abnahmen. Eine weitere Sensitivitätsanalyse wurde für die Gruppe der Patient*innen mit patientenindividuellen Daten und einen Zeitraum von 12 Monaten durchgeführt, wobei hierbei die IG einen deutlich höheren Gesamtkostenanstieg verzeichnete (1.929 €) als die KG mit (939 €) und somit die Analyse zugunsten der KG ausfiel. Ebenfalls fielen bei der IG vor allem die indirekten Kosten im Zeitverlauf von 12 Monaten höher aus als bei der KG. Da für den 12-Monats-Zeitraum keine Daten mehr zum Rückfallrisiko, zur Aufnahme von Anschlussmaßnahmen und zu anderen sekundären Endpunkten vorliegen, lässt sich dieses Ergebnis jedoch nur schwer interpretieren.

Die Kosteneffektivitätsanalyse ergab, dass SmartAssistEntz zwar eine günstigere Alternative zur Regelversorgung ist, aber in diesem Patientenkollektiv, in starkem Kontrast zum Gesamtkollektiv, in Bezug auf die Rückfallquote weniger effektiv. Die Analyse der Kosteneffektivität mit imputierten Daten zeigte dahingegen einen höheren Effekt, wodurch die SmartAssistEntz Intervention dominierte. Die Kosten-Nutzwert-Analyse ergab eine Kostenersparnis pro gewonnenem qualitätsadjustierten Lebensjahr. Die Analyse des Kosten-Nutzwerts mit den imputierten Daten bekräftigte dieses Ergebnis.

Einschränkend muss festgehalten werden, dass Routinedaten nur für die Hälfte der Gesamtteilnehmenden von SmartAssistEntz vorlagen. Die Gruppe der Teilnehmenden der Interventionsgruppe mit Routinedaten und vor allem der Complete-Cases verzeichnete im Gegensatz zur Gesamtstichprobe eine schlechtere Rückfallquote, weshalb auch im Rahmen der Kosteneffektivitäts-Analyse aus GKV-Sicht keine Überlegenheit für die SmartAssistEntz-Intervention bestätigt werden konnte. Im Rahmen der Sensitivitätsanalysen mit den imputierten Daten zeigte sich hierbei eine Tendenz zur Kosteneffizienz.

Die gesundheitsökonomische Analyse auf Grundlage von Selbstauskunftsdaten wurde mittels des TiC-P realisiert. Hierbei wurden die verursachten stationären, teilstationären sowie ambulanten sowohl für einen Zeitraum von drei Monaten vor Studie als auch für den Zeitraum null bis drei Monate sowie vier bis sechs Monate innerhalb des Studienzeitraums analysiert. Die Analyse von Differenzwerten, d.h. nach Adjustierung für die jeweiligen Kosten pro Gruppe vor dem Studienzeitraum, zeigt für den Zeitraum null bis drei Monate sowie für den Zeitraum vier bis sechs Monate keine signifikanten Unterschiede in den verursachten Kosten durch die Interventions- bzw. Kontrollgruppe. Dagegen zeigt das Incremental Cost-Effectiveness Ratio (ICER) eine Überlegenheit der Intervention gegenüber der Kontrolle. So zeigt sich in dem untersuchten Kollektiv eine relative Reduktion der Rückfallquote von 10% im Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppe. Somit ist die Intervention in diesem Sub-Kollektiv effektiv bezüglich der Rückfallreduktion. Des Weiteren verursachen Personen in der Interventionsgruppe in diesem Kollektiv in einem Zeitraum von sechs Monaten weniger Kosten als die Kontrollgruppe. Dies gilt sowohl für die Analyse der unadjustierten Werte als auch, in einem geringeren Ausmaß, für die Analyse der Differenzwerte, welche für die Kosten vor Beginn des Studienzeitraums pro Gruppe adjustiert sind.

Einschränkend bleibt zu konstatieren, dass die Daten der gesundheitsökonomischen Analyse aufgrund der unterschiedlichen Subgruppen stark divergieren. So zeigte sich bei den Personen, die auf Grundlage der GKV-Routinedaten bezüglich der Kosteneffektivität analysiert wurden, eine um 6% höhere Rückfallquote in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe. Dagegen zeigte sich eine 10% niedrigere Rückfallquote bei den Personen, deren Daten auf Grundlage der Vollständigkeit des TiC-P analysiert wurden. Da die Rückfallquoten in der TiC-P-Subgruppe jedoch weitgehend mit denen von Interventions- und Kontrollgruppe des Gesamtkollektivs übereinstimmen, ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse dieser Subgruppe einen besseren Aufschluss über die Kosteneffektivität der Intervention hinsichtlich des Gesamtkollektivs geben.

Limitationen der Studie

Dass die Outcomes überwiegend im Selbstbericht erhoben wurden, könnte zu Verzerrungen der Ergebnisse geführt haben. Dies betrifft die Erfassung des Alkoholkonsums sowie die körperliche Gesundheit. Auf der anderen Seite wurden stets valide und reliable Selbstberichts-Instrumente verwendet. Lediglich die Beschreibung der Anschlussmaßnahmen sowie Zusatzfragen, z.B. zum Einfluss der Corona-Pandemie, zu Intoxikation, Risikofaktoren oder zu soziodemografischen Daten, wurden selbst entwickelt. Mit Ausnahme der Anschlussmaßnahmen bezogen sie sich aber nicht auf die primären, sekundären oder tertiären Studienhypothesen. Die Validität der Selbstberichtsdaten wurde dabei auch sichergestellt, indem das Bearbeiten der Fragebögen telefonisch begleitet wurde. So konnten die Sorgfalt der Antworten überwacht sowie Unklarheiten beseitigt werden. Dies geschah durch verschiedene Interviewende, sodass wir hier auch Untersucher*innen-Effekte ausschließen können, zumal sich eine sehr gute Interrater-Reliabilität zeigte.

Die Implementation einer zweiten App-Version innerhalb der Projektlaufzeit, welche auf Basis von Interviews mit Behandler*innen und App-Nutzungsdaten erfolgte, könnte aufgrund des Algorithmus zur Aufgabenauswahl einen Einfluss auf die erlernten Inhalte und Kompetenzen der Proband*innen gehabt haben. Dennoch hatten die App-Versionen keinen unterschiedlichen Einfluss auf das Rückfallrisiko.

Insgesamt ist die Stichprobe auch als repräsentativ einzuschätzen. Dies betrifft zum einen soziodemografische Variablen (z.B. Alters- und Geschlechtsverteilung), zum anderen wurde in mehreren Kliniken mit verschiedenen Versorgungskonzepten (z.B. normaler vs. qualifizierter Entzug, Länge der Behandlung) sowohl im ländlichen als auch im städtischen Raum rekrutiert. Die Rekrutierung fand jedoch ausschließlich in Bayern statt. Um die Übertragbarkeit der Studienergebnisse auf das gesamte Bundesgebiet zu gewährleisten, wurden im Projekt standardisierte Vorgehensweisen entwickelt, bei deren ordnungsgemäßer Anwendung vergleichbare

Effekte zu erwarten sind. Da die ambulanten Komponenten von SmartAssistEntz ortsunabhängig angeboten werden können, können die in der Modellregion aufgebauten Strukturen auch zur bundesweiten Versorgung genutzt werden und als Modell für den Aufbau weiterer Kapazitäten dienen. Aufgrund der gewählten Bandbreite der Kooperationskliniken hinsichtlich Einrichtungsart und Region ergibt sich eine ausreichende Repräsentativität der teilnehmenden Einrichtungen für die nationale Versorgung. Insgesamt bietet das Studiendesign also die Grundlage für valide und reliable Ergebnisse.

Eine weitere Limitation bezieht sich auf den hohen Dropout in der Studie. Ein möglicher Grund für den hohen Dropout könnte sein, dass die Evaluation durch den Patient*innen unbekannte Personen vorgenommen wurde. Somit könnte die Adhärenz zur Studienteilnahme in der vorliegenden Studie reduziert gewesen sein. Den in anderen Studien berichteten Dropout-Raten liegt im Vergleich dazu zugrunde, dass die Patient*innen die Befrager*innen persönlich kennenlernen konnten. Die Dropout-Rate führt zu einer niedrigeren Power in den FAS-Analysen sowie einer höheren Unsicherheit in den multipel imputierten Daten. Da sich die a priori durchgeführte Poweranalyse auf das primäre Outcome bezieht, liegt keine Poweranalyse für die sekundären Outcomes vor, sodass davon ausgegangen werden muss, dass für diese Analysen keine ausreichend hohe Power mit der vorliegenden Stichprobe erzielt werden konnte. Vor diesem Hintergrund ist die Aussagekraft insbesondere der sekundären Outcomes zu interpretieren.

Es handelte sich zuletzt nicht um eine verblindete Stichprobe. Die Proband*innen wussten, in welcher Gruppe sie sich befanden und es gab in der Kontrollgruppe keine Alternativ-Intervention. Somit könnte es sich auch um Placebo-Effekte handeln. Dagegen spricht aber die Größe des Interventionseffekts in der Gesamtstichprobe sowie, dass der Effekt auf das Rückfallrisiko noch größer ausfiel, wenn die App entsprechend der Empfehlungen genutzt wurde. Somit kann davon ausgegangen werden, dass die Nutzung der Intervention einen Effekt hatte.

Weiterhin muss festgehalten werden, dass nur für einen Teil der Teilnehmenden Routinedaten bzw. patientenindividualisierte Routinedaten vorlagen. Dadurch ist die Aussagekraft der Kostenanalysen und gesundheitsökonomischen Evaluation eingeschränkt, da sich hier gegenteilige Effekte im Vergleich zum Gesamtkollektiv bezüglich des Rückfallrisikos finden.

Empfehlungen des Evaluationsteams

Empfehlungen für die Forschung

Aus den Ergebnissen und den Limitationen der Studie ergeben sich nun einige Implikationen für zukünftige Forschung.

Unter anderem sollte die Wirksamkeit der Intervention im gesamten deutschen Raum untersucht werden. Dabei sollte bei der Fallzahlplanung auch ein höherer Dropout von etwa 30% antizipiert werden, um eine ausreichende statistische Power für die statistischen Analysen sicherzustellen. Somit würde sich eine größere intendierte Stichprobe ergeben, was auch die Power der Analysen zu den sekundären Outcomes erhöhen würde. Gleichzeitig empfehlen die aktuellen Ergebnisse zur Studienadhärenz ein persönliches Kennenlernen zwischen Patient*innen und Befrager*innen, auch wenn dies bei großen Stichproben und Multi-Center-Studien natürlich schwer umzusetzen ist. Alternative Maßnahmen zur Steigerung der Adhärenz sollten eruiert werden.

Auch eine aktive, verblindete Kontrollgruppe könnte helfen, aussagekräftigere Ergebnisse im Hinblick auf die Wirkmechanismen der Intervention zu erhalten. Diese Kontrollgruppe könnte beispielsweise eine App-Version erhalten, in der lediglich der Zähler zur Erfassung der abstinenter Tage und des Cravings sowie der Notfallbereich zur Verfügung stehen, aber keine Kompetenztrainings und kein Telefoncoaching angeboten werden. Dies könnte sicherstellen, dass der Effekt weder aufgrund von Placebo-Effekten noch aufgrund möglicher verzögerter Verhaltensänderung in einer Warte-Kontrollgruppe durch die Aussicht auf die Intervention überschätzt wird.

Auch sollte künftige Forschung die Wirksamkeit der einzelnen Kompetenztrainings der App (z.B. Verbesserung der Emotionsregulation oder Impulskontrolle) untersuchen, um die Inhalte der App weiter zu optimieren. Zum einen sollte dabei untersucht werden, inwieweit sich die intendierte Kompetenz durch das jeweilige Training verbessert. Ferner sollte der Einfluss der Trainings auf das Rückfallrisiko, vermittelt über Verbesserungen der entsprechenden Kompetenz, analysiert werden.

Die Ergebnisse implizieren, dass die kombinierte Nutzung von Coaching und App entsprechend der Empfehlung einen positiven Einfluss auf das Rückfallrisiko hatte. Auf Basis der Ergebnisse können bzgl. der Erfüllung der App-Nutzungsempfehlung unabhängig der Coaching-Nutzung jedoch keine Aussagen zum Einfluss auf das Rückfallrisiko getroffen werden. Darum wäre es interessant zu untersuchen, welche Rolle die App einzeln betrachtet bei der Reduktion des Rückfallrisikos spielt. Zudem sollten Faktoren identifiziert werden, die zu einer empfehlungsgetreuen App-Nutzung beitragen. Eine hinreichende Adhärenz allein bzgl. des Coachings hatte eine deutliche Reduktion des Rückfallrisikos zur Folge, die jedoch nicht signifikant war. Hier wäre es relevant zu erforschen, ob eine Steigerung der Anzahl der Coaching-Sitzungen bzw. eine Ausweitung des Coaching-Zeitraums zu einem signifikanten Effekt führen würde. Ebenfalls sollte erforscht werden, warum bei der Teilstichprobe der Patient*innen, für die Routinedaten vorlagen, im Gegensatz zum Gesamtkollektiv kein Interventionseffekt gefunden wurde.

Interessant wäre es auch zu evaluieren, ob der Einsatz der Intervention bei riskantem Alkoholkonsum als Präventionsmaßnahme eine zukünftige Abhängigkeitserkrankung wirksam verhindern kann.

Bei den Erhebungen wäre es wichtig, Informationen über erneute Entgiftungs- und Entzugsbehandlungen systematisch zu erfassen. Auch wäre es interessant, Suchtverlagerungen zu beleuchten (z.B. andere Substanzen, Verhaltenssüchte, verändertes Ess- und Sportverhalten). Bei der Auswertung selbst sollte künftig systematisch die Rolle des Geschlechts sowie der Einfluss verschiedener Komorbiditäten (z.B. Persönlichkeitsstörungen, ADHS) überprüft werden. So könnten die Patient*innen je nach Geschlecht oder Komorbidität von unterschiedlichen Kompetenzen unterschiedlich profitieren.

Empfehlungen für die Praxis

Insgesamt war das Interesse an der neuen Versorgungsform vonseiten der Betroffenen sowie allen Stakeholdern groß. Auch bei den qualitativen Befragungen von Teilnehmenden und Behandelnden wurden Coaching und App überwiegend positiv bewertet, was sich speziell beim Coaching auch anhand der sehr hohen Adhärenz erkennen lässt. Die Intervention scheint die Versorgungslandschaft, insbesondere die Lücke in der aktuellen Versorgungslandschaft, zu verbessern, da sich Hinweise auf ein reduziertes Rückfallrisiko bei kombinierter Erfüllung der Coaching- und App-Nutzungsempfehlung zeigten. Allerdings sollte die Intervention vor der Aufnahme in die Regelversorgung weiter optimiert werden.

Die Ergebnisse liefern hierfür direkt wertvolle Erkenntnisse. Bei Erfüllung der Coaching-Empfehlung allein zeigte sich zwar eine deutliche, jedoch nicht signifikante Reduktion des Rückfallrisikos. Eine Optimierung könnte hier ggf. durch einen längeren Coaching-Zeitraum erreicht werden. Dies würde auch mit dem Wunsch einer Mehrheit der in den qualitativen Interviews befragten Teilnehmer*innen übereinstimmen und auch dem Vorschlag eines Behandlers entsprechen, der dies mit der teils langen Wartezeit auf Anschlussmaßnahmen begründete. Bei der Optimierung der App sollte v.a. darauf geachtet werden, die technische Umsetzung und die Bedienbarkeit weiter zu verbessern und die App-Nutzung durch Integration weiterer Gamifizierungs-Elemente noch ansprechender zu gestalten. Um die Intervention erfolgreich in die Regelversorgung zu implementieren, sollte die Verfügbarkeit der App zudem auch auf das iOS-Betriebssystem erweitert werden.

Eine mögliche Abwandlung der App-Inhalte könnte darin bestehen, dass das Training verschiedener Kompetenzen stärker ausgebaut wird. Es zeigte sich kein vermittelnder Effekt von reduzierter Impulsivität und erhöhter Achtsamkeit, auch wenn diese Kompetenzen durch die Trainings wie Genusstraining oder Emotionsregulation adressiert wurden. Eine konkrete Verbesserung wäre daher, diese beiden Kompetenzen noch gezielter anzusprechen, beispielsweise durch Inhalte in Anlehnung an Preuss, Schnicker und Legenbauer (2018), da es sich um wichtige Prädiktoren für die Genesung bei Alkoholabhängigkeit handelt (Reichl, Bonn, Enewaldsen, Schwenzner & Steins-Loeber, 2021; Reichl et al., 2022).

Weiterhin konnte gezeigt werden, dass verschiedene Anschlussmaßnahmen zu verschiedenen Zeitpunkten nach dem Entzug unterschiedlich attraktiv sind. Unter anderem schien zu Beginn des Prozesses eine stationäre Therapie am hilfreichsten, während im späteren Verlauf die Suchtberatung als am hilfreichsten bewertet wurde. Eine Weiterentwicklung der Intervention könnte also bei der Empfehlung von Anschlussmaßnahmen unmittelbar nach dem Entzug eher auf ein intensives Angebot wie eine stationäre Therapie abzielen, später hingegen eher eine niedrigschwellige Begleitung wie eine Suchtberatung forcieren. Diese Empfehlung sollte allerdings zuvor noch durch weitere empirische Arbeit gestützt werden.

Für eine Überführung der neuen Versorgungsform in die Regelversorgung muss sichergestellt werden, dass die Leistungserbringer für die Nutzung von SmartAssistEntz ausreichend incentiviert sind. Dazu bot das Projekt die Möglichkeit, ein rational abgeleitetes Inzentivierungsmodell empirisch zu prüfen. Wenn man davon ausgeht, dass sich durch die Nutzung von SmartAssistEntz in der Regelversorgung pro Patient*in Ausgaben von 674 € ergeben und wenn man dem Robert Koch Institut (2002) sowie den Befunden von Manthey und Kollegen (2016) zufolge die jährlichen Krankheitskosten pro Patient*in auf 20.000 € ansetzt, hätten sich diese Kosten selbst bei einer geringen Erfolgsrate schnell amortisiert. Die Etablierung der Intervention in den Kliniken lief erfolgreich und reibungslos. Nicht nur die Patient*innen, sondern auch die Behandelnden bewerteten die Intervention als sinnvoll und hilfreich (Interesse vonseiten der Patient*innen sei groß, Erwartungen der Behandelnden wurden erfüllt). Somit etablierte sich das Inzentivierungsmodell, das nun von den Krankenkassen als Regelleistung finanziert werden kann.

Wichtig in diesem Zusammenhang ist allerdings, dass sich durch die Intervention ein deutlicher Mehraufwand im Klinikalltag ergab, insofern, als dass die Patient*innen über das Angebot informiert, hinsichtlich ihrer Eignung gescreent und in die Intervention eingeführt werden mussten (z.B. technische Vorbereitungen). Somit ist es auch bei Integration in die Regelversorgung notwendig, entsprechende Stellen(anteile) für diese Aufgaben zu schaffen. Dies entspricht auch der Meinung der Behandelnden, die eine entsprechende Vergütung des Mehraufwands für zwingend erachten, um das Klinikpersonal von der Umsetzung zu überzeugen. Das Klinikpersonal sollte intensiv geschult werden und für die Rekrutierung sollte Infomaterial bereitgestellt werden. Die Verbreitung des Angebots sollte aber nicht nur in den Entzugskliniken selbst erfolgen. Beispielsweise könnte das Angebot auch in anderen Settings für Nicht-Abstinente beworben werden (z.B. in Krankenhäusern bei Behandlung akuter Intoxikation) unter Verweis auf die Bedingung eines vorherigen Entzugs. Für das Onboarding in den Kliniken sollte zudem ein stabiler Internetzugang sichergestellt werden. Auch bedarf es weiterhin einer Institution wie der mentalis GmbH, die sich um die Instandhaltung und Optimierung (z.B. technische Updates und Support) der App kümmert. Gleichzeitig bedarf es einer Institution, die für die Schulung des Klinikpersonals zuständig ist. Wir gehen aufgrund der hohen Variabilität der Einrichtungen der vorliegenden Studie davon aus, dass die Versorgungsleistung auch auf Entzugsbehandlungen in anderen Regionen in Deutschland übertragbar ist. Allerdings kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob eine Aufweichung der Eignungskriterien zu einem ähnlichen Wirksamkeitsergebnis führen würde.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ergebnisse die Wirksamkeit der Intervention aufzeigen und die Intervention das Rückfallrisiko erfolgreich senken kann. Bei empfehlungsgetreuer Nutzung der Intervention zeigt sich dabei ein noch größerer Effekt. Die Intervention wurde sowohl von Teilnehmenden als auch Behandelnden positiv bewertet. Für die Implementierung ist besonders wichtig, dass das Klinikpersonal ausführlich geschult und für den entstehenden Mehraufwand bei Rekrutierung und Onboarding vergütet wird.

5. Literaturverzeichnis

- Agarwalla, P. A., Koss, A. & Küchenhoff, J. (2017). Abstinenz nach stationärer qualifizierter Entzugsbehandlung für Alkoholabhängige. *SUCHT*, 63(1), 25–32. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000465>
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. (2014). *S3-Leitlinie „Screening, Diagnose und Behandlung Alkoholbezogener Störungen“* (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Hrsg.). Zugriff am 20.06.2022. Verfügbar unter: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/076-001m_S3-Screening-Diagnose-Behandlung-alkoholbezogene-Stoerungen_2021-01.pdf
- Attkisson, C. C. & Zwick, R. (1982). The client satisfaction questionnaire. Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning*, 5(3), 233–237. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(82\)90074-x](https://doi.org/10.1016/0149-7189(82)90074-x)
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro Maristela G (World Health Organization, Hrsg.). (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care*. Verfügbar unter: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67205/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf;jsessionid=89BDC2C0819E095F62D7FF49A5C02A1E?sequence=1
- Babu, S.C., Gajanan, S. N. & Hallam, J. A. (2017). Chapter 11 - Methods of Program Evaluation: An Analytical Review and Implementation Strategies. In S.C. Babu, S. N. Gajanan & J. A. Hallam (Hrsg.), *Nutrition Economics* (S. 205–230). San Diego: Academic Press.
- Bech, P. (2004). Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5. *Quality of life newsletter*, (32), 15–16.
- Bergmann, E. & Horch, K. (2002). *Kosten alkoholassoziierter Krankheiten. Schätzungen für Deutschland* (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes). Zugl.: Berlin, Freie Univ., Diss. E. Bergmann u. K. Horch, 2002. Berlin: Robert Koch-Inst.
- Berking, M. & Znoj, H. (2008). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(2), 141–153. <https://doi.org/10.1024/1661-4747.56.2.141>
- Bertrams, A. & Dickhäuser, O. (2009). Messung dispositioneller Selbstkontrollkapazität: eine deutsche Adaptation der Kurzform der Self-control Scale (SCS-KD). *Diagnostica*, 55(1), 2–10. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.55.1.2>
- Bouwman, C., Jong, K. de, Timman, R., Zijlstra-Vlasveld, M., van der Feltz-Cornelis, C., Tan Swan, S. et al. (2013). Feasibility, reliability and validity of a questionnaire on healthcare consumption and productivity loss in patients with a psychiatric disorder (TiC-P). *BMC Health Services Research*, 13, 217. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-217>
- Brähler, E., Mühlhan, H., Albani, C. & Schmidt, S. (2007). Teststatistische prüfung und normierung der deutschen versionen des EUROHIS-QOL lebensqualität-Index und des WHO-5 wohlbefindens-index. *Diagnostica*, 53(2), 83–96. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.53.2.83>
- Brooke, J. (1996). SUS: a "quick and dirty" usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, I. L. McClelland & B. Weerdmeester (Hrsg.), *Usability Evaluation In Industry*. CRC Press.

- Buchholz, A., Spies, M., Härter, M., Lindemann, C., Schulte, B., Kiefer, F. et al. (2022). Barrieren und Umsetzungsstrategien für die Implementierung der S3-Leitlinie Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen aus Sicht von Behandlern und Betroffenen. *Suchttherapie*, 23(02), 66–76. <https://doi.org/10.1055/a-1324-5217>
- Bückner, N. (Hrsg.). (2020). *Kodieren-aber wie? Varianten der Grounded-Theory-Methodologie und der qualitativen Inhaltsanalyse im Vergleich* (Bd. 1): DEU.
- Burger, M., & Mensink, G. (2003). Bundes-Gesundheitssurvey: Alkohol.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R. & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh sleep quality index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28(2), 193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
- Czapla, M., Simon, J. J., Richter, B., Kluge, M., Friederich, H.-C., Herpertz, S. et al. (2016). The impact of cognitive impairment and impulsivity on relapse of alcohol-dependent patients: implications for psychotherapeutic treatment. *Addiction Biology*, 21(4), 873–884. <https://doi.org/10.1111/adb.12229>
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie & Therapie e.V. (2001). Dokumentationsstandards III für die Evaluation der Behandlung von Abhängigen. *SUCHT*, 47(8), 3–94. <https://doi.org/10.1024/suc.2001.47.8.3>
- Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen. (2020). *Die Versorgung von Menschen mit Suchtproblemen in Deutschland - Analysen der Hilfen und Angebote & Zukunftsperspektiven. Update 2019*. Verfügbar unter: https://dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/dhs-stellungnahmen/Die_Versorgung_Suchtkranker_in_Deutschland_Update_2019.pdf
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (2017). *Alkoholatlas*.
- Devilley, G. J. & Borkovec, T. D. (2000). Psychometric properties of the credibility/expectancy questionnaire. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31(2), 73–86. [https://doi.org/10.1016/s0005-7916\(00\)00012-4](https://doi.org/10.1016/s0005-7916(00)00012-4)
- Doros, G. & Lew, R. (2010). Design Based on Intra-Class Correlation Coefficients. *American Journal of Biostatistics*, 1(1), 1–8. <https://doi.org/10.3844/AMJBSP.2010.1.8>
- Ebert, D. D., van Daele, T., Nordgreen, T., Karekla, M., Compare, A., Zarbo, C. et al. (2018). Internet- and Mobile-Based Psychological Interventions: Applications, Efficacy, and Potential for Improving Mental Health. *European Psychologist*, 23(2), 167–187. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000318>
- EuroQol Research Foundation. (2018). *EQ-5D-3L User Guide, 2018*. Verfügbar unter: <https://euroqol.org/publications/user-guides>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S. & Spitzer, R. L. (2019). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5®-Störungen – Klinische Version*. Göttingen: Hogrefe.
- Gläser, J. & Laudel, G. (2013). Life With and Without Coding: Two methods of early-stage data analysis in theory-guided qualitative research. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, (14).
- Gossop, M., Neto, D., Radovanovic, M., Batra, A., Toteva, S., Musalek, M. et al. (2007). CLINICAL STUDY: Physical health problems among patients seeking treatment for alcohol use disorders: a study in six European cities. *Addiction Biology*, 12(2), 190–196. <https://doi.org/10.1111/j.1369-1600.2007.00066.x>
- Gräfe, K., Zipfel, S., Herzog, W. & Löwe, B. (2004). Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. *Diagnostica*, 50(4), 171–181. <https://doi.org/10.1026/0012-1924.50.4.171>
- Günthner, A., Weissinger, V., Fleischmann, H., Veltrup, C., Jäpel, B., Längle, G. et al. (2018). Versorgungsorganisation – Die neue S3-Leitlinie Alkohol und ihre Bedeutung für die Versorgungspraxis. *Die Rehabilitation* [Health Care Organization - The New German S3-Guideline on Alcohol-Related Disorders and its Relevance for Health Care], 57(5), 314–320. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118955>
- Hakkaart-van Roijen, L., Van Straten, A., Donker, M., & Tiemens, B. (2002). Manual Timbos/iMTA questionnaire for Costs associated with Psychiatric illness (TiC-P). *Institute for Medical Technology Assessment*.

- Hallgren, K. A. & Witkiewitz, K. (2013). Missing data in alcohol clinical trials: a comparison of methods. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37(12), 2152–2160.
<https://doi.org/10.1111/acer.12205>
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. A regression-based approach* (Methodology in the Social Sciences, Second edition). New York, London: The Guilford Press.
- Hilty, D. M., Chan, S., Hwang, T., Wong, A. & Bauer, A. M. (2018). Advances in Mobile Mental Health: Opportunities and Implications for the Spectrum of E-Mental Health Services. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 16(3), 314–327. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.16301>
- John, U., Hapke, U. & Rumpf, H.-J. (2001). *SESA. Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit*. Göttingen: Hogrefe.
- Kahan, B., Jairath, V., Doré, C. & Morris, T.P. (2014). The risks and rewards of covariate adjustment in randomized trials: an assessment of 12 outcomes from 8 studies. *Trials*, 15, 139. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-139>
- Koo, T. K. & Li, M. Y. (2016). A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kraus, L., Piontek, D., Pfeiffer-Gerschel, T. & Rehm, J. (2015). Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch Alkoholabhängige. *Suchttherapie*, 16(01), 18–26. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1376999>
- Kuckartz, U. (2012). *Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computer-unterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Loeber, S., Croissant, B., Heinz, A., Mann, K. & Flor, H. (2006). Cue exposure in the treatment of alcohol dependence: effects on drinking outcome, craving and self-efficacy. *The British Journal of Clinical Psychology*, 45(Pt 4), 515–529. <https://doi.org/10.1348/014466505X82586>
- Löwe, B., Müller, S., Brähler, E., Kroenke, K., Albani, C. & Decker, O. (2007). Validierung und Normierung eines kurzen Selbstratinginstrumentes zur Generalisierten Angst (GAD-7) in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 57(2). <https://doi.org/10.1055/s-2007-970669>
- Lucht, M., Hoffmann, L., Quellmalz, A., Schomerus, G., Haug, S., Freyberger, H. et al. (2014). Mobiltelefonische Interventionen nach Entzugsbehandlung alkoholabhängiger Patienten. *Suchtmedizin in Forschung und Praxis*, 16(4), 181–186.
- Maio, G. R. & Esses, V. M. (2001). The need for affect: individual differences in the motivation to approach or avoid emotions. *Journal of Personality*, 69(4), 583–615. <https://doi.org/10.1111/1467-6494.694156>
- Manthey, J., Laramée, P., Parrott, S. & Rehm, J. (2016). Economic burden associated with alcohol dependence in a German primary care sample: a bottom-up study. *BMC Public Health*, 16(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3578-8>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Meule, A., Vögele, C. & Kübler, A. (2011). Psychometrische Evaluation der deutschen Barratt Impulsiveness Scale – Kurzversion (BIS-15). *Diagnostica*, 57(3), 126–133. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000042>
- Meyerhoff, J., Haldar, S. & Mohr, D. C. (2021). The Supportive Accountability Inventory: Psychometric properties of a measure of supportive accountability in coached digital interventions. *Internet interventions*, 25, 100399. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100399>
- Michalak, J., Heidenreich, T., Ströhle, G. & Nachtigall, C. (2008). Die deutsche Version der Mindful Attention and Awareness Scale (MAAS) Psychometrische Befunde zu einem Achtsamkeitsfragebogen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37(3), 200–208. <https://doi.org/10.23668/psycharchives.393>

- Missel, P., Kramer, D. & Arens, J. (2015). Ergebnisqualität einer web-basierten Tele-Nachsorge nach stationärer medizinischer Rehabilitation Alkoholabhängiger. *SUCHT*, 61(6), 389–398. <https://doi.org/10.1024/0939-5911.a000398>
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2–21. <https://doi.org/10.2307/2136319>
- Preuss, H., Schnicker, K. & Legenbauer, T. (2018). *ImpulsE zur Verbesserung der Impuls- und Emotionsregulation. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm*. Hogrefe Verlag.
- Rädiker, S. & U. Kuckartz. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. Springer.
- Rehm, J., Allamani, A., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Manthey, J., Probst, C. et al. (2015). Alcohol dependence and treatment utilization in Europe - a representative cross-sectional study in primary care. *BMC Family Practice*, 16. <https://doi.org/10.1186/s12875-015-0308-8>
- Reichl, D., Bonn, E., Enewoldsen, N., Schwenzner, S. & Steins-Loeber, S. (2021). Impulsivität und assoziierte Konstrukte bei drogenabhängigen Patienten. *SUCHT*, 67(3), 151–159. <https://doi.org/10.1024/0939-5911/a000706>
- Reichl, D., Enewoldsen, N., Weisel, K. K., Saur, S., Fuhrmann, L., Lang, C. et al. (2022). Lower Emotion Regulation Competencies Mediate the Association between Impulsivity and Craving during Alcohol Withdrawal Treatment. *Substance Use & Misuse*, 57(4), 649–655. <https://doi.org/10.1080/10826084.2022.2034878>
- Roerecke, M. & Rehm, J. (2013). Alcohol use disorders and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 108(9), 1562–1578. <https://doi.org/10.1111/add.12231>
- Röhrig, J., Flaig, S., Niebling, W., Ruf, D., Wahl, S. & Berner, M. (2011). Früherkennung und Behandlung alkoholbezogener Störungen: Eine Prä-Post-Studie zur Verbesserung der Vernetzung von Hausarzt und Suchtberatung. *Suchttherapie*, 12(03), 134–140. <https://doi.org/10.1055/s-0031-1284361>
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G. & Carlbring, P. (2016). Negative Effects of Psychological Treatments: An Exploratory Factor Analysis of the Negative Effects Questionnaire for Monitoring and Reporting Adverse and Unwanted Events. *PLoS One*, 11(6), e0157503. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157503>
- Schöffski, O. & von der Schulenburg, J.-M. Graf (Hrsg.). (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schulgen, G. & Schumacher, M. (2002). Intention-to-Treat Analyse. In G. Schulgen & M. Schumacher (Hrsg.), *Methodik klinischer Studien* (S. 161–169). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer- und Schülermerkmalen. Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuchs Selbstwirksame Schulen*.
- Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (1996). Alcohol Timeline Followback (TLFB) Users' Manual.
- Soyka, M. & Lieb, M. (2004). Depression und Alkoholabhängigkeit-Neue Befunde zu Komorbidität, Neurobiologie und Genetik. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 5(3), 37–46.
- Stender, R., Friedrichs, A., & Buchholz, A. (2015, 16. Juli). *Welche Gründe formulieren Patienten mit einer Alkoholabhängigkeit für oder gegen die Annahme einer Weiterbehandlungsempfehlung nach dem qualifizierten Alkoholentzug? Eine qualitative Analyse*. Suchtkongress 2015, Hamburg. Verfügbar unter: https://www.dg-sucht.de/fileadmin/user_upload/pdf/tagungen/Nachrichten_aus_der_DG-Sucht/Tagungsbesprechungen/Deutscher_Suchtkongress_2015.pdf
- Sullivan, T. R., White, I. R., Salter, A. B., Ryan, P. & Lee, K. J. (2018). Should multiple imputation be the method of choice for handling missing data in randomized trials? *Statistical Methods in Medical Research*, 27(9), 2610–2626. <https://doi.org/10.1177/0962280216683570>
- Szende, A., Janssen, B. & Cabases, J. (2014). *Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D*. Springer.

- Thaler, R., Specht, S., Künzel, J. & Braun, B. (2017). *Suchthilfe in Deutschland 2016. Jahresbericht der deutschen Suchthilfe (DSHS)*. Zugriff am 06.06.2022. Verfügbar unter: https://www.suchthilfestatistik.de/fileadmin/user_upload_dshs/05_publicationen/jahresberichte/DSHS_Jahresbericht_2016.pdf
- Urbanoski, K. A. & Wild, T. C. (2012). Assessing self-determined motivation for addiction treatment: Validity of the Treatment Entry Questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 43(1), 70–79. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.10.025>
- von Hippel, P. T. (2020). How Many Imputations Do You Need? A Two-stage Calculation Using a Quadratic Rule. *Sociological Methods & Research*, 49(3), 699-718. <https://doi.org/10.1177/0049124117747303>
- Wildt, W. A. J. M. de, Lehert, P., Schippers, G. M., Nakovics, H., Mann, K. & van den Brink, W. (2005). Investigating the structure of craving using structural equation modeling in analysis of the obsessive-compulsive drinking scale: a multinational study. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(4), 509–516. <https://doi.org/10.1097/01.alc.0000158844.35608.48>
- Wilmers, F., Munder, T., Leonhart, R., Herzog, T., Plassmann, R., Barth, J. et al. (2008). Die deutschsprachige Version des Working Alliance Inventory - short revised (WAI-SR) - Ein schulübergreifendes, ökonomisches und empirisch validiertes Instrument zur Erfassung der therapeutischen Allianz. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1(3), 343–358. <https://doi.org/10.7892/boris.27962>
- Wiltink, J., Kliem, S., Michal, M., Subic-Wrana, C., Reiner, I., Beutel, M. E. et al. (2017). Mini-social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1545-2>

6. Anhang

Anhang 1: Detailergebnisse

7. Anlagen

Anlage 1: Selbstkonzipierte Fragen der Effektevaluation

Anlage 2: Struktur- und Prozessevaluation - Semistrukturierter Interviewleitfaden Leistungserbringer

Anlage 3: Evaluation der Adhärenzfaktoren – Semistrukturierter Interviewleitfaden

Anlage 4: Erstellung der Disseminationsstrategien – Semistrukturierter Interviewleitfaden

Anlage 5: Agile Interventionsentwicklung – Semistrukturierter Interviewleitfaden

Anhang 1: Detailergebnisse

Inhaltsverzeichnis

Anhang 1: Detailergebnisse	1
1. Stichprobenbeschreibung	2
1.1 Deskriptive Kennwerte	2
2. Prozessevaluation	9
2.1 Tertiäre Forschungshypothesen TH1, TH2 & TH3 (deskriptive Bewertung durch Patient*innen)	9
3. Gesundheitsökonomische Evaluation	11
3.1 TiC-P	11
4. Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen	13
4.1 Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe	13
4.2 Anschlussmaßnahmen in der Experimentalgruppe	22
4.3 Fazit zum Vergleich zwischen IG und KG	30
5. App-Nutzungsdaten	32
5.1 Gematchte Daten (vorhanden bei alter und neuer Version)	32
5.2 Versions-spezifische Daten (nur vorhanden in alter ODER neuer App)	38
6. Corona-Pandemie	40
7. Evaluation der Adhärenzfaktoren	42

1. Stichprobenbeschreibung

1.1 Deskriptive Kennwerte

In den Tabellen 9a, 9b, 9c und 9d werden – mit Blick auf die Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen – die deskriptiven Ergebnisse berichtet (siehe unten). Bei einigen Personen konnte die Alkoholmenge aufgrund von ungenauen Angaben der Proband*innen nicht berechnet werden (7 Personen bis T3, 14 Personen bis T4 und 22 Personen bis T5).

Tabelle 9a

Deskriptive Stichprobenbeschreibung der Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen (KG)

Variable	Baseline (T0/T1)			Zwischenbefragung (T2)			Postbefragung (T3.1/T3.2)			3-Monats Follow-up (T4)			6-Monats Follow-up (T5)		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
AUDIT ^{a,c}	181	26.78	7.327				128	9.59	10.771	115	10.70	10.266	113	11.93	10.000
SESA-E ^{a,c}	181	10.51	4.240										113	4.52	4.683
SESA-K ^{a,c}	181	5.90	3.941										113	2.22	3.393
SESA-V ^{a,c}	181	5.36	4.406										113	1.45	3.082
SESA-P ^{a,c}	181	19.28	8.944										113	8.27	9.207
SESA-T ^{a,c}	181	2.92	1.335												
SESA-Te ^{a,c}	181	0.52	0.719												
SESA-Tu ^{a,c}	181	0.87	1.204												
SCID-5 ^{a,c}	181	8.46	1.775										112	3.39	3.896
OCDS-G	181	5.62	4.326	141	5.64	3.514	128	5.38	4.012	115	5.23	3.810	113	4.35	3.946
Trinktage/ Woche ^{a,b}	180	4.68	2.416				132	0.71	1.459	117	0.89	1.539	112	0.99	1.463
Alkoholmenge/Tag ^{a,b}	180	124.73	124.590				133	12.47	32.568	119	18.16	37.707	114	18.36	30.991
Zeit bis 1. Anschlussmaßnahme ^d													119	2.75	0.976
WHO-5	181	10.02	6.043				128	12.43	6.224				113	13.68	6.124
EQ5D-5L	181	.86	.176				127	.86	.166	115	.84	.200	113	.86	0.198
PSQI	181	2.12	0.841	141	2.68	0.787	128	2.56	0.811	115	2.64	0.840	113	2.74	0.678
PHQ-9	181	12.73	6.104	141	7.99	5.528	128	9.15	6.098	115	8.27	6.086	113	7.87	5.899
GAD-7	181	9.95	5.499	141	6.74	5.239	128	7.02	5.263	115	6.30	4.969	113	5.92	5.000
MINI-SPIN	181	3.79	3.228												

Anmerkung. AUDIT= Alcohol Use Disorder Identification Test; SESA=Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit; SESA-E=Einengung; SESA-K=körperlicher Entzug; SESA-V=Vermeidung; SESA-P=psychischer Entzug; SESA-T=Toleranz; SESA-Te=extreme Toleranzsteigerung; SESA-Tu=Toleranzumkehr; SCID-5= Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5; OCDS-G=Deutsche Version der Obsessive Compulsive Behavior Scale; WHO-5=Well-being Index, EQ5D-5L=EuroQoL Instrument für gesundheitsbezogene Lebensqualität; PSQI= Pittsburgh Schlafqualitätsindex; PHQ-

9=Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patient*innen; GAD-7=Modul zur Generalisierten Angststörung aus dem Gesundheitsbogen für Patient*innen; MINI-SPIN= Soziale-Phobie-Inventar. Graue Schattierung: keine Daten zu diesem Zeitpunkt verfügbar.

^aIn der Zeit seit Baseline-Erhebung. ^bFür Baseline Erhebung: in den letzten 3 Monaten. ^cFür Baseline Erhebung: in den letzten 6 Monaten.

^dZeitpunkt 2,3,4 oder 5.

Tabelle 9b

Deskriptive Stichprobenbeschreibung der Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen (IG)

Variable	Baseline (T0/T1)			Zwischenbefragung (T2)			Postbefragung (T3.1/T3.2)			3-Monats Follow-up (T4)			6-Monats Follow-up (T5)		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
AUDIT ^{a,c}	175	25.89	7.019				121	8.26	9.475	101	7.99	8.460	107	10.18	10.269
SESA-E ^{a,c}	175	10.11	4.346										107	3.78	4.583
SESA-K ^{a,c}	175	5.09	3.862										107	1.83	3.240
SESA-V ^{a,c}	175	4.58	4.568										107	1.35	3.157
SESA-P ^{a,c}	175	18.70	8.629										107	6.64	8.851
SESA-T ^{a,c}	175	2.57	1.491												
SESA-Te ^{a,c}	175	0.47	0.710												
SESA-Tu ^{a,c}	175	0.96	1.257												
SCID-5 ^{a,c}	175	8.15	1.993										107	2.68	3.766
OCDS-G	175	5.50	3.882	132	4.73	3.738	124	4.51	3.708	102	4.32	3.805	107	3.61	4.083
Trinktage/ Woche ^{a,b}	175	4.69	2.333				132	0.51	1.236	111	0.63	1.317	110	0.83	1.402
Alkoholmenge/Tag ^{a,b}	175	113.96	98.623				132	6.78	18.091	112	7.92	16.874	110	13.09	28.289
Zeit bis 1. Anschlussmaßnahme ^d													110	2.78	0.999
WHO-5	174	10.82	5.906				123	13.83	5.938				107	14.53	6.361
EQ5D-5L	175	.87	.187				124	.89	.162	101	.88	.154	107	.90	.137
PSQI	175	2.28	0.842	132	2.89	0.794	123	2.76	0.739	102	2.90	0.790	107	2.94	0.811
PHQ-9	175	11.10	5.922	132	7.33	5.663	123	7.41	5.191	102	6.82	5.592	107	6.59	5.580
GAD-7	175	9.20	5.541	132	5.94	4.911	123	6.32	4.829	102	5.35	4.792	107	5.48	4.733
MINI-SPIN	175	3.15	2.989												

Anmerkung. AUDIT= Alcohol Use Disorder Identification Test; SESA=Skala zur Erfassung der Schwere der Alkoholabhängigkeit; SESA-E=Einengung; SESA-K=körperlicher Entzug; SESA-V=Vermeidung; SESA-P=psychischer Entzug; SESA-T=Toleranz; SESA-Te=extreme Toleranzsteigerung; SESA-Tu=Toleranzumkehr; SCID-5= Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5; OCDS-G=Deutsche Version der Obsessive Compulsive Behavior Scale; WHO-5=Well-being Index, EQ5D-5L=EuroQoL Instrument für gesundheitsbezogene Lebensqualität; PSQI= Pittsburgh Schlafqualitätsindex; PHQ-

9=Depressionsmodul des Gesundheitsbogens für Patient*innen; GAD-7=Modul zur Generalisierten Angststörung aus dem Gesundheitsbogen für Patient*innen; MINI-SPIN= Soziale-Phobie-Inventar. Graue Schattierung: keine Daten zu diesem Zeitpunkt verfügbar.
^aIn der Zeit seit Baseline-Erhebung. ^bFür Baseline Erhebung: in den letzten 3 Monaten. ^cFür Baseline Erhebung: in den letzten 6 Monaten. ^dZeitpunkt 2,3,4 oder 5.

Tabelle 9c

Deskriptive Stichprobenbeschreibung der Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen (KG)

	Baseline (T0/T1)			Zwischenbefragung (T2)			Postbefragung (T3.1/T3.2)			3-Monats Follow-up (T4)			6-Monats Follow-up (T5)		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Höchster Bildungsabschluss	181														
<i>Hauptschule</i>		56	30.90												
<i>Realschule</i>		78	43.10												
<i>Abitur/Berufsausbildung</i>		17	9.40												
<i>Bachelor/Meister vgl.-bar</i>		12	6.60												
<i>Master/Diplom</i>		12	6.60												
<i>Promotion</i>		1	0.60												
<i>Keiner</i>		5	2.80												
Ethnizität	181														
<i>Kaukasisch</i>		176	97.20												
<i>arabisch/asiatisch/afroamerikanisch/ weitere</i>		2/1/1/1	1.10/0.60/0.60/0.60												
Beschäftigungsstatus	181														
<i>Arbeitssuchend</i>		54	29.80												
<i>Hausfrau/Hausmann</i>		4	2.20												
<i>Ausbildung</i>		9	5.00												
<i>Teilzeit (<35 Stunden)</i>		16	8.80												
<i>Vollzeit (>=35 Stunden)</i>		64	35.40												
<i>Selbstständig</i>		7	3.90												
<i>Berentet</i>		27	14.90												
Wohnort (Gemeinde, Dorf oder Kleinstadt)	181	68	37.57												
Jemals Anschlussmaßnahme aufgenommen ^a (ja)				142	65	45.80	131	94	71.80	134	109	81.30	135	119	88.10
Jemals Anschlussmaßnahme abgebrochen ^a (ja)				65	3	4.60	79	6	7.60	74	7	9.50	81	12	14.80

Anmerkung. ^aIn der Zeit seit Baseline-Erhebung. ^bFür Baseline Erhebung: in den letzten 3 Monaten.

Tabelle 9d

Deskriptive Stichprobenbeschreibung der Variablen der primären, sekundären und tertiären Hypothesen (IG)

	Baseline (T0/T1)			Zwischenbefragung (T2)			Postbefragung (T3.1/T3.2)			3-Monats Follow-up (T4)			6-Monats Follow-up (T5)		
	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%	N	n	%
Höchster Bildungsabschluss	175														
Hauptschule		54	30.90												
Realschule		72	41.10												
Abitur/Berufsausbildung		20	11.40												
Bachelor/Meister vgl.-bar		7	4.00												
Master/Diplom		19	10.90												
Promotion		2	1.10												
Keiner		1	0.60												
Ethnizität	175														
Kaukasisch		169	96.60												
arabisch/asiatisch/afroamerikanisch/ weitere		2/1/2/1	1.10/0.60/1.10/0.60												
Beschäftigungsstatus	175														
Arbeitssuchend		55	31.40												
Hausfrau/Hausmann		4	2.30												
Ausbildung		2	1.10												
Teilzeit (<35 Stunden)		25	14.30												
Vollzeit (>=35 Stunden)		63	36.00												
Selbstständig		5	2.90												
Berentet		21	12.00												
Wohnort (Gemeinde, Dorf oder Kleinstadt)	175	73	41.71												
Jemals Anschlussmaßnahme aufgenommen ^a (ja)				132	59	44.70	129	85	65.90	125	100	80.00	132	110	83.30
Jemals Anschlussmaßnahme abgebrochen ^a (ja)				58	1	1.70	65	2	3.10	71	8	11.30	74	13	17.60

Anmerkung. ^aIn der Zeit seit Baseline-Erhebung. ^bFür Baseline Erhebung: in den letzten 3 Monaten.

2. Prozessevaluation

2.1 Tertiäre Forschungshypothesen TH1, TH2 & TH3 (deskriptive Bewertung durch Patient*innen)

In Tabelle 21 sind die deskriptiven Kennwerte der Fragebögen zur Bewertung der Intervention abgetragen. Die Werte des CEQ zur Postbefragung (Tabelle 21) unterschieden sich nicht signifikant von den Erwartungen, die zur Baseline abgefragt wurden (Tabelle 14a). Der Mittelwert des CSQ liegt zwischen den vorgegebenen Kategorien „mildly satisfied“ (22-25 Punkte) und „satisfied“ (26-30). Die Bewertung des SUS liegt im Bereich „upper products“ (> 80 Punkte).

Tabelle 21
Deskriptive Bewertung der Intervention

Variable	Zwischenbefragung (T2)			Postbefragung (T3.2)		
	N	M	SD	N	M	SD
CEQ						
<i>Expectancy</i>				116	19.73	6.41
<i>Credibility</i>				118	22.18	4.73
Nützlichkeit App	131	3.93	1.00	118	3.92	0.95
Nützlichkeit Coaching	131	4.11	0.93	118	4.37	0.86
CSQ				114	25.80	2.87
SUS				117	83.74	16.61
SAI	131	33.92	6.35	118	33.82	6.98
WAI				117	47.61	7.19
<i>Goal</i>				118	15.23	3.00
<i>Task</i>				118	14.14	3.37
<i>Bond</i>				117	18.09	2.39
Häufigkeit App-Nutzung				118	3.30	0.91
App-Nutzung pro Tag (Selbstbericht)				118	12.79	9.95
NEQ						
<i>Auftreten</i>				118	1.95	2.18
<i>Ausmaß</i>				118	4.14	5.84

Anmerkung. CEQ=Client Expectation Questionnaire. CSQ=Client Satisfaction Questionnaire. SUS=System Usability Scale. SAI=Supportive Accountability Inventory. WAI=Working Alliance Inventory. NEQ=Negative Effects Questionnaire.

In Bezug auf die erreichbare Range sind die Mittelwerte von CEQ (6-54; Subskalen 3-27), Nützlichkeit (1-5), CSQ (8-32), SUS (0-100), SAI (7-35), WAI (15-60) und Häufigkeit der App-Nutzung (1-5; 3=mehrmals wöchentlich) als überdurchschnittlich zu beurteilen, während die Werte des NEQ (Auftreten 0-20, Ausmaß 0-40) als unterdurchschnittlich zu beurteilen sind. Im Schnitt nutzten die Proband*innen die App entsprechend des Selbstberichts 12 Minuten pro Woche ($M=12.79$, $SD=9.95$). Somit erfüllten die Proband*innen entsprechend ihrer eigenen Angaben die Nutzungsempfehlung der App im Schnitt nicht. Laut Nutzungsdaten der App verbrachten die Proband*innen im Schnitt allerdings 33 Minuten pro Woche ($M=33.23$, $SD=33.07$) in der App im Interventionszeitraum von sechs Wochen. Insgesamt erfüllten 60 Personen in der IG (34.3%) entsprechend dieses objektiven Kriteriums die Empfehlung von durchschnittlich 15 Minuten pro Woche in fünf beliebigen der sechs Interventionswochen.

Entsprechend der Protokolle der Coaches nahmen die Proband*innen im Interventionszeitraum an 5.06 Coachings teil ($SD= 1.83$, $Minimum=0$, $Maximum=6$). Insgesamt erfüllten 136 Personen (77.7%) der IG die Nutzungsempfehlung des Coachings. Dieselben 60 Personen (34.3%) der IG wie bei der Erfüllung der App-Nutzungs-Empfehlung waren auch diejenigen Teilnehmenden, die die kombinierte Interventionsnutzungsempfehlung von fünf Coachings und mindestens 15 Minuten App-Nutzung pro Woche in fünf beliebigen der sechs Interventionswochen erfüllten, wobei alle 60 Personen jeweils 6 Coachings in Anspruch genommen haben.

Von 118 Proband*innen der Interventionsgruppe, die zum Messzeitpunkt T3.2 erreicht wurden, brachen vier die App laut eigenen Angaben vorzeitig ab (3.4 %). Gründe (als offene Frage erhoben) für einen vorzeitigen Abbruch der App waren unter anderem das Fehlen persönlichen Kontakts, mangelnde Motivation, zu wenig Zeit (je einmal) und andere Gründe (zweimal).

Insgesamt sprechen diese Ergebnisse für die Hypothese, dass die Patient*innen die Intervention als sinnvoll und hilfreich erachten.

3. Gesundheitsökonomische Evaluation

3.1 TiC-P

Die Daten des TiC-P lagen für alle Personen der Interventions- und Kontrollgruppe zu T1 (Baseline), für 102 Personen der Interventionsgruppe und 115 der Kontrollgruppe zu T4 (3 Monate nach Randomisierung) sowie für 107 Personen in der Interventionsgruppe sowie 113 Personen in der Kontrollgruppe zu T5 (6 Monate nach Randomisierung) vor. Für insgesamt 198 Personen (94 Interventionsgruppe, 104 Kontrollgruppe) lagen die Daten zu allen Messzeitpunkten vor, also zu Baseline, nach drei Monaten sowie nach sechs Monaten. Die nachfolgenden Daten gelten für dieses complete-cases-Kollektiv.

Es zeigten sich große Unterschiede in der Höhe der angefallenen Kosten. Zu T1 betrug die Kosten in den vergangenen drei Monaten 1.196€ (SD=3.201) in der Interventionsgruppe und 2.436€ (SD=5.624) in der Kontrollgruppe. Der Median betrug 72€ in der Interventions- und 247€ in der Kontrollgruppe. Der Minimalwert zu T1 war in beiden Gruppen 0€, sodass keine Kosten für diese Personen angefallen sind. Der Maximalwert zu T1 betrug 23.088€ in der Interventionsgruppe und 35.198€ in der Kontrollgruppe. Zu T4 betrug die Kosten für die vergangenen drei Monate 2.182€ (SD=7.389) in der Interventionsgruppe und 3.146€ (SD=7.825) in der Kontrollgruppe. Der Median betrug dabei 84€ in der Interventions- und 127€ in der Kontrollgruppe. Die Minimalwerte lagen in beiden Gruppen bei 0€, während die Maximalwerte 60.030€ in der Interventionsgruppe und 48.954€ in der Kontrollgruppe betrug. Beim letzten Messzeitpunkt (T5) waren Kosten in den letzten drei Monaten von 2.905€ (SD=7.632) in der Interventions- und von 5.305€ (SD=10.967) in der Kontrollgruppe entstanden. Der Median betrug 107€ in der Interventions- und 75€ in der Kontrollgruppe. Die maximalen Kosten erreichten dabei Werte von 35.527€ in der Interventionsgruppe und 60.030€ in der Kontrollgruppe.

Die stationären Kosten waren weitestgehend für die Gesamtkosten in den beiden Gruppen verantwortlich. So betrug zu T1 die stationären Kosten in der Interventionsgruppe 1.026€ (SD=3.189) und in der Kontrollgruppe 2.098€ (SD=5.543), während die teilstationären Kosten in der Interventionsgruppe 19€ (SD=87) und in der Kontrollgruppe 153€ (SD=1.021) betrug. Bei den ambulanten Leistungen wurden Kosten in Höhe von 153€ (SD=521) in der Interventions- und 186€ (SD=432) in der Kontrollgruppe verursacht. Zu T4 zeigte sich das gleiche Muster: Die stationären Kosten verursachten den Großteil der Gesamtkosten mit 2.007€ (SD=7.420) in der Interventionsgruppe und 2.673€ (SD=7.478) in der Kontrollgruppe. Die teilstationären Leistungen verursachten Kosten in Höhe von 14€ (SD=76) bzw. 377€ (SD=2.619), während die ambulanten Leistungen 161€ (SD=499) bzw. 96€ (SD=120) in der Interventions- und Kontrollgruppe verursachten. Zu T5 verursachten die stationären Leistungen deutlich höhere Kosten in der Kontrollgruppe (5.004€, SD=10.906) als in der Interventionsgruppe (2.751€, SD=7.651). Die teilstationären Leistungen verursachten in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe Kosten in Höhe von 21€ (SD=91) bzw. 202€ (SD=1.504), während die ambulanten Leistungen Kosten von 133€ (SD=390) bzw. 99€ (SD=137) verursachten.

Die Kosten wurden dabei nur von einem Anteil der Personen verursacht, während andere Personen keine Kosten verursachten: Von den 94 Personen in der Interventions- und 104 Personen in der Kontrollgruppe haben zu T1 12 Personen (13%) in der Interventionsgruppe sowie 13 Personen (13%) in der Kontrollgruppe keine Kosten in den letzten drei Monaten verursacht. Zu T4 haben 18 Personen in der Interventions- (19%)- und 17 Personen in der Kontrollgruppe (16%) keine Kosten verursacht. Zu T5 haben 17 Personen (18%) in der Interventions- und 20 Personen (19%) in der Kontrollgruppe keine Kosten verursacht.

Nachfolgend werden die Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen in den Differenzkosten zwischen T4 (d.h. die ersten drei Monate nach Interventionsbeginn) und T1 (d.h. die drei Monate vor Interventionsbeginn) sowie zwischen T5 (d.h. vierter bis sechster

Monat nach Interventionsbeginn) und T1 berichtet. Die mittleren Differenzwerte von T4 zu T1 betragen in der Interventionsgruppe 986€ (SD=8160) und in der Kontrollgruppe 710€ (SD=9.721). Die mittleren Differenzwerte von T5 zu T1 betragen in der Interventionsgruppe 1.709€ (SD=8.291) und in der Kontrollgruppe 2.869€ (SD=11.519). Diese Unterschiede zwischen den Gruppen in den Differenzkosten von T4 zu T1 bzw. T5 zu T1 wurden mittels eines Mehrebenen-Modells mit zufälligem Effekt für das Individuum sowie einem Random Intercept analysiert. Dabei zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den verursachten Kosten, weder zu T4 (adjustierte mittlere Differenz: -138.07€, p = 0.839) noch zu T5 (adjustierte mittlere Differenz: 579.94€, p = 0.396).

Von den 94 Personen in der Interventionsgruppe hatten nach sechs Monaten 47 (50%) einen Rückfall, während von den 104 Personen in der Kontrollgruppe 62 (60%) einen Rückfall erlitten. Die Krankheitskosten betragen nach sechs Monaten 5.087€ in der Interventionsgruppe und 8.415€ in der Kontrollgruppe. Hieraus berechnet sich das ICER wie in Tabelle 33 dargestellt, das auf eine Kosteneffektivität der Intervention schließen lässt.

Tabelle 33
Kosteneffektivitätsanalyse, ICER

	IG	KG	
Effekt	0,50	0,60	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			-0,10
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	5.087€	8.451€	
Gesamtkosten	5.761€	8.451€	
Inkrementelle Kosten			-2.690€
ICER (inkr. Kosten / inkr. Effekt)			26.900€

Betrachtet man die jeweils über einen Zeitraum von sechs Monaten verursachten Kosten nach Korrektur für die Kosten, die vor der Studie entstanden sind, bildet sich das folgende ICER wie in Tabelle 34 dargestellt, das auf eine Kosteneffektivität der Intervention schließen lässt.

Tabelle 34
Kosteneffektivitätsanalyse, ICER nach Korrektur der Kosten pro Gruppe vor dem Studienzeitraum

	IG	KG	
Effekt	0,50	0,60	
Inkrementeller Effekt (IG-KG)			-0,10
Interventionskosten	674	0	
Krankheitskosten gesamt	2.695€	3.579€	
Gesamtkosten	3.369€	3.579	
Inkrementelle Kosten			-210€
ICER (inkr. Kosten / inkr. Effekt)			2.100€

4. Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen

4.1 Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sind im Folgenden beschrieben. Die Personenanzahlen in den folgenden Tabellen beziehen sich auf Studienteilnehmer, die Fragen bezüglich der Anschlussmaßnahmen beantwortet haben.

Tabelle 35 zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Kategorien von Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe. Beratungs- und Nachsorgeangebote waren die am häufigsten genannten Kategorien. Der Anteil der Proband*innen, die an diesen Arten der Anschlussmaßnahmen teilnahmen, blieb über alle Erhebungszeitpunkte recht konstant. Dabei wurden Beratungsangebote wiederum deutlich häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote. Ab T3.2 gab es einen Zuwachs an Personen in medizinischer Rehabilitation.

Tabelle 35

Häufigkeit der Kategorien in Anspruch genommener Anschlussmaßnahmen berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Kontrollgruppe)

Kategorie	T2 (N=81)		T3 (N=91)		T4 (N=88)		T5 (N=88)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medizinische Rehabilitation	3	4.6 (1.7)	13	16.7 (7.2)	21	28.8 (11.6)	20	25.6 (11.0)
Beratung	46	70.8 (25.4)	48	61.5 (26.5)	41	56.2 (22.7)	41	52.6 (22.7)
Berufliche Rehabilitation	n.a.	n.a.	1	1.3 (0.6)	1	1.4 (0.6)	n.a.	n.a.
Nachsorge (u.a. Selbsthilfegruppen)	31	47.7 (17.1)	27	34.6 (14.9)	24	32.9 (13.3)	25	32.1 (13.8)
Komplementäre Hilfen (u.a. betreutes Wohnen)	1	1.5 (0.6)	2	2.6 (1.1)	1	1.4 (0.6)	2	2.6 (1.1)

Anmerkung. n.a.=nicht vorhanden.

Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurde die Empfehlung/Vorstellung des Angebots im Entzug, aber auch ein inneres Bedürfnis genannt. Die Proband*innen wollten ihre Abstinenz stabilisieren und einen besseren Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen erlernen, soziale Kontakte stärken, lernen sich selbst zu helfen – dabei die Gründe für die Abhängigkeit erarbeiten sowie Probleme aufarbeiten, Unterstützung erhalten – sowohl durch neutrale Gesprächspartner*innen als auch durch den Kontakt zu Gleichgesinnten, und zuletzt generelle Stabilität und Gesundheit erlangen.

Mitunter nannten die Proband*innen aber auch Neugierde und äußere Faktoren, wie eine gerichtliche Verordnung oder die notwendige Medikamentenumstellung, als Gründe. Auch, dass die Angebote kostenlos waren und die Proband*innen bereits gute Erfahrungen mit Hilfsangeboten gemacht hatten wurde hier angeführt. Einige Proband*innen nutzten das neue Hilfsangebot eigenen Aussagen zufolge auch als gute Ergänzung zu ihren anderen Angeboten.

Die Antworten auf die Frage nach den Zielen, die die Proband*innen mit den Anschlussmaßnahmen verfolgten, überschneiden sich teilweise mit den oben genannten Gründen. Ziele waren unter anderem Abstinenz bzw. der Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen, Austausch, Unterstützung bei der Problembewältigung, die Gründe für die Abhängigkeit erkennen, Ratschläge einholen, bisheriges Wissen auffrischen sowie auch die allgemeine Lebensgestaltung ändern (z.B. gesundheitliche Verbesserungen). Mitunter wurde vereinzelt auch kein Ziel genannt und zwar dann, wenn die Anschlussmaßnahme durch äußere Umstände, wie die gerichtliche Verordnung bedingt war.

Tabelle 36 zeigt dabei die Abbruchhäufigkeit in den verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien für die Kontrollgruppe. Die Anzahl der Personen (von allen mit Anschlussmaßnahme), die eine Anschlussmaßnahme abgebrochen hatten, belief sich für T2, T3.2, T4 und T5 auf 3 (38.4%), 4 (17.2%), 1 (4.2%) und 6 (20.3%).

Tabelle 36

Häufigkeit der Kategorien abgebrochener Anschlussmaßnahmen berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Kontrollgruppe)

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Medizinische Rehabilitation	1 von ^a 3	33.3	1 von 13	7.7	n.a.	n.a.	1 von 20	5.0
Beratung	1 von 46	2.2	1 von 48	2.1	n.a.	n.a.	3 von 41	7.3
Nachsorge (u.A. Selbsthilfegruppen)	1 von 31	2.9	2 von 27	7.4	1 von 24	4.2	2 von 25	8.0

Anmerkung. Keine Werte für Berufliche Rehabilitation und komplementäre Hilfen. ^a relativiert an allen Personen, die diese Anschlussmaßnahme in Anspruch nahmen.

Tabelle 37 zeigt weiterhin die Häufigkeit verschiedener Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme in der Kontrollgruppe. Die am häufigsten genannten Gründe waren, dass es zu zeitintensiv gewesen sei, dass die Proband*innen sich mit den Therapeut*innen nicht verstanden hätten oder sonstige Gründe.

Tabelle 37

Häufigkeit der Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Kontrollgruppe)

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Keine Lust mehr	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Zu zeitaufwändig	n.a.	n.a.	1	25.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Zu kostenaufwändig	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden	1	33.3	1	25.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hilfsangebot war zu weit entfernt	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Sonstiges ^a	2	66.7	2	50.0	1	100.0	6	100.0

Anmerkung. ^aZ. B. Rückfall, emotionale Belastung, Corona, andere Maßnahme; n.a.=nicht vorhanden.

Tabelle 38 stellt die Häufigkeit einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen sowie die Bewertung der Anschlussmaßnahmen in der Kontrollgruppe dar. Es zeigt sich, dass die Proband*innen im Schnitt 1-2 Anschlussmaßnahmen in Anspruch nahmen, an 1-2 Terminen teilnahmen und weniger als einen Termin versäumten. Sowohl die a-priori Überzeugung in die Hilfsangebote als auch die tatsächliche Nützlichkeit der Hilfsangebote waren zu T3 am schlechtesten, auch wenn die Bewertung insgesamt noch im positiven Bereich lag und die Veränderungen zwischen den Messzeitpunkten nur sehr geringfügig waren.

Tabelle 38

Häufigkeit und Bewertung einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Kontrollgruppe)

	T2			T3.2			T4			T5		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>									
In Anspruch genommene Hilfsangebote	65	1.26	0.54	78	1.24	0.54	73	1.32	0.57	78	1.24	0.46
Teilnahme-Male ^a	65	1.26	0.87	78	1.36	1.23	73	1.21	1.52	78	1.03	1.53
Nicht wahrgenommenen Termine ^a	65	0.89	0.30	77	0.12	0.36	73	0.09	0.18	78	0.08	0.16
Bewertung Überzeugung in Hilfsangebot	64	3.99	0.90	77	3.85	1.04	72	3.99	0.94	77	3.99	0.94
Bewertung Hilfsangebot als hilfreich	64	4.15	0.99	77	4.07	0.97	72	4.22	0.90	77	4.32	0.96

Anmerkung. ^aim Schnitt pro Woche seit der letzten Erhebung; Skala bei der Bewertung bzgl. Überzeugung und Hilfreich von 1=nicht hilfreich/überzeugt bis 5=sehr hilfreich/überzeugt.

Tabelle 39a und b schlüsselt die Bewertung in der Kontrollgruppe nochmal nach verschiedenen Kategorien der Hilfsangebote auf. Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Zeitpunkt nur für bestimmte Anschlussmaßnahmen aussagekräftige Ergebnisse vorlagen. Als Cut-off wurde im Folgenden eine Anzahl von mindestens fünf Personen gewählt. Die Überzeugung von den Hilfsangeboten und die Bewertung, wie hilfreich das Hilfsangebot war, lag stets über drei (teilweise überzeugt). Häufig traten Werte über vier auf (überzeugt/hilfreich). Bei T2 waren die Probandinnen und Probanden im Vorfeld am ehesten von der ambulanten Entwöhnung/Therapie überzeugt. Bei T3.2 und T4 war die Überzeugung bei der stationären Entwöhnung/Therapie am höchsten. Bei T5 wurde die Institutsambulanz am überzeugendsten bewertet. Insgesamt waren die Proband*innen am wenigsten von den Selbsthilfegruppen im Vorhinein überzeugt, die zu T2 und T3.2 auch die niedrigsten Bewertungen erhielten. Zu T4 wurde die Institutsambulanz am schlechtesten bewertet und zu T5 die ambulante Entwöhnung. Die höchsten Bewertungen, wie hilfreich das Angebot war, haben die ambulante Entwöhnung/ Therapie bei T2 erzielt. Bei T3.2 wurde die Institutsambulanz am besten bewertet. Bei T4 und T5 wurde die stationäre Entwöhnung/Therapie am höchsten bewertet. Insgesamt werden also die Angebote, von denen die Proband*innen am meisten überzeugt waren, auch am besten bewertet. Für jede Anschlussmaßnahme gab es nur geringe Diskrepanzen zwischen der Überzeugung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich sein wird und der Bewertung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich war. Die Bewertung lag meist höher als die Erwartung, mit Ausnahme der Institutsambulanz zu T2, T4 und T5.

Tabelle 39a

Bewertung verschiedener Kategorien von Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Kontrollgruppe)

	T2						T3.2					
	Ü			H			Ü			H		
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
AEW	8	4.50	0.76	8	4.75	0.46	4	4.38	1.25	4	4.25	0.96
SEW	0			0			9	4.22	0.83	9	4.22	0.83
TEW	3	3.67	0.58	3	3.33	0.58	1	4.00	.	1	3.00	.
SHG	11	3.55	1.29	11	3.55	1.21	9	3.11	0.78	9	3.56	1.01
SUB	31	4.00	0.89	31	4.42	0.81	41	3.85	1.01	41	4.12	0.95
SPD	0			0			1	3.00	.	1	4.00	.
IA	4	4.25	0.96	4	3.75	1.89	9	3.89	1.17	9	4.33	1.32
BW	0			0			1	3.00	.	1	4.00	.
BR	1	4.00	.	1	4.00	.	0			0		
P	0			0			1	4.00	.	1	4.00	.

Anmerkung. Ü=Überzeugung, dass das Angebot hilfreich sein würde. H=Bewertung, wie hilfreich das Angebot war. App Ausw.= Bewertung, wie hilfreich die App bei der Auswahl des Hilfsangebots war. App Aufn.=Bewertung, wie hilfreich die App bei der Aufnahme des Hilfsangebots war. AEW=ambulante Entwöhnung/Therapie, SEW=stationäre Entwöhnung/Therapie, TEW=teilstationäre Entwöhnung/Therapie, SHG=Selbsthilfegruppe, SUB=Suchtberatung, SPD=Sozialpsychiatrische Dienst, IA=Institutsambulanz, BW=Betreutes Wohnen, BR=Berufliche Rehabilitation, P=Psychiater*in. Einige Proband*innen gehen nicht in die Tabelle mit ein, da die obige Unterteilung in die verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erhebung erfolgte. Hellgraue Schattierung= aussagekräftige Stichprobengröße (≥5). Dunkelgraue Schattierung=Minimum/Maximum der jeweiligen Spalte unter allen aussagekräftigen Werten mit einer Stichprobengröße von ≥5.

Tabelle 39b

Bewertung verschiedener Kategorien von Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Kontrollgruppe)

	T4						T5					
	Ü			H			Ü			H		
	N	M	SD									
AEW	9	4.11	1.17	9	4.11	1.05	10	4.00	0.82	10	4.10	0.99
SEW	11	4.55	0.69	11	4.64	0.67	21	4.00	0.95	21	4.48	0.93
TEW	3	3.67	2.31	3	3.67	2.31	2	3.50	0.71	2	3.50	0.71
SHG	7	3.29	0.76	7	3.86	1.07	8	3.63	1.19	8	4.25	1.04
SUB	42	3.98	1.05	42	4.31	0.81	36	3.83	1.05	36	4.35	0.92
SPD	0			0			1	4.00	.	1	4.00	.
IA	8	3.88	0.64	8	3.75	0.89	6	4.50	0.55	6	4.17	1.33
BW	1	3.00	.	1	5.00	.	2	4.50	0.71	2	4.00	1.41
BR	1	5.00	.	1	5.00	.	3	4.67	0.57	3	3.67	1.53
P	2	4.00	0.00	2	3.50	0.71	1	5.00	.	1	5.00	.

Anmerkung. Ü=Überzeugung, dass das Angebot hilfreich sein würde. H=Bewertung, wie hilfreich das Angebot war. AEW=ambulante Entwöhnung/Therapie, SEW=stationäre Entwöhnung/Therapie, TEW=teilstationäre Entwöhnung/Therapie, SHG=Selbsthilfegruppe, SUB=Suchtberatung, SPD=Sozialpsychiatrische Dienst, IA=Institutsambulanz BW=Betreutes Wohnen, BR=Berufliche Rehabilitation, P=Psychiater*in. Einige Proband*innen gehen nicht in die Tabelle mit ein, da die obige Unterteilung in die verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erhebung erfolgte. Hellgraue Schattierung= aussagekräftige Stichprobengröße (≥5). Dunkelgraue Schattierung=Minimum/Maximum der jeweiligen Spalte unter allen aussagekräftigen Werten mit einer Stichprobengröße von ≥5.

Als Gründe, wieso manche Termine einer Anschlussmaßnahme nicht wahrgenommen wurden, nannten die Proband*innen häufig Krankheit, mangelnde Zeit, Rückfälle oder andere persönliche Umstände. Manche gaben an, den Termin vergessen zu haben oder, dass der Termin offiziell verschoben wurde. Auch wurde Corona als Grund angeführt (Ausfall der Sitzung oder persönliche Quarantäne). Zudem nannten manche Proband*innen, dass sie die Termine nur bei Bedarf (z.B. bei Suchtdruck) in Anspruch nahmen.

Auf die Frage, was den Proband*innen am Hilfsangebot gut gefallen hatte, wurden Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit, die Vielfalt der Angebote, die erhaltenen Ratschläge, die Alltagsstrukturierung bzw. Beschäftigung, der Austausch mit anderen, das professionelle Feedback durch geschultes Personal, die örtliche Nähe, die Motivierung und die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst genannt. Mitunter wurde aber auch gesagt, dass nichts an dem Hilfsangebot als gut zu beurteilen war oder lediglich, dass die Proband*innen ein wirksames Medikament erhalten hatten.

Als Verbesserungsvorschläge führten die Proband*innen an, dass es eine engmaschigere Betreuung geben sollte bzw. mehr Termine, mehr psychotherapeutische Inhalte, mehr Einzelgespräche – auch unter Einbeziehung der Angehörigen, mehr Informationen, mehr Herzlichkeit im Umgang bzw. das Eingehen auf individuelle Wünsche. Manche Proband*innen konnten hierzu noch keine Angabe machen oder fanden nichts verbesserungswürdig (u.a. weil das Angebot einfach unpassend war). Auch das Verhalten der anderen Gruppenteilnehmenden wurde als verbesserungswürdig beschrieben. Der Mangel an Angeboten wurde mitunter Corona zugeschrieben. Diese beiden Aspekte implizierten jedoch keine konkreten Verbesserungsvorschläge.

Ein paar Proband*innen beschrieben auch Verschlechterungen durch das Aufnehmen der Anschlussmaßnahme, wie negative Auswirkungen auf die Stimmung (z.B. Unruhe, Panik, Langeweile), Suchtdruck bzw. Rückfälle und Kontakt zu Personen, die ihnen nicht guttun.

Bei Fehlen einer Anschlussmaßnahme begründeten die Proband*innen dies besonders häufig damit, noch auf einer Warteliste zu stehen. Auf diesen Umstand wurde nochmals in Aussagen der Probanden*innen Bezug genommen, wonach kürzere Wartezeiten ihnen geholfen hätten bereits früher eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen.

Zum Messzeitpunkt T3.2 reduzierte sich die Anzahl der Proband*innen, die die Warteliste als Grund für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme nannten, um etwa 30%. Ab dann wurden auch bei den weiteren Messzeitpunkten anstatt der Wartezeiten „Corona“ und „Sonstiges“ als häufigste Gründe genannt. Ebenso berichteten die Proband*innen zu diesem Zeitpunkt (deutlich häufiger als zu den anderen Zeitpunkten), dass sie eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll hielten. Zu T4 und T5 gab es nochmal einen größeren Anteil an Personen, die nicht nach einem Angebot suchten. Tabelle 40 zeigt die Häufigkeit verschiedener Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme in der Kontrollgruppe.

Tabelle 40

Häufigkeit der Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Kontrollgruppe)

Kategorie	T2 (N=77)		T3.2 (N=45)		T4 (N=41)		T5 (N=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kein Hilfsangebot gesucht	4	5.2	3	6.7	5	12.2	4	12.1
Zu wenig Wissen über Hilfsangebote								
Keinen Platz bekommen	3	3.9	n.a.	n.a.	1	2.4	2	6.1
Auf der Warteliste	17	22.1	7	15.6	5	12.2	1	3.0
Keine Lust, nach einem Hilfsangebot zu suchen	1	1.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Keine Lust auf den Besuch eines Hilfsangebots	1	1.3	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1	3.0

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	(N=77)		(N=45)		(N=41)		(N=33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hält Hilfsangebot für nicht sinnvoll	4	5.2	8	17.8	3	7.3	2	6.1
Sonstiges	14	18.2	8	17.8	13	31.7	13	39.4
Corona	10	13.0	16	35.6	11	26.8	9	27.3
Ist schon in Planung	13	16.9	3	6.7	3	7.3	1	3.0
Person ist noch in der Klinik ^a	10	13.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Anmerkung. ^aBetrifft nur T2 und T3.2; n.a.=nicht vorhanden.

Auf die Frage, was den Proband*innen zusätzlich geholfen hätte, eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen, nannten sie beispielsweise, dass mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung sowie positivere Erfahrungen mit bisherigen Angeboten wichtig gewesen wären. Einige erwähnten, dass es ihnen leichter gefallen wäre, wenn es keine Pandemie gegeben hätte (es mangelte an persönlichen Kontakten und Termine konnten nicht stattfinden). Andere nannten, dass sie eine höhere Eigenmotivation gebraucht hätten oder dass ihnen nichts geholfen hätte. Vereinzelt hatten Proband*innen Schwierigkeiten eine Anschlussmaßnahme in ländlichen Regionen zu finden, da dort die Angebote meist weit weg waren und nur schwer mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen waren. Die meisten Proband*innen waren jedoch sehr zufrieden mit ihrer Suche nach einem Hilfsangebot und hätten nichts weiter gebraucht.

4.2 Anschlussmaßnahmen in der Experimentalgruppe

Die Ergebnisse des Fragebogens zur Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sind im Folgenden beschrieben. Die Personenanzahlen in den folgenden Tabellen beziehen sich auf Studienteilnehmer, die Fragen bezüglich der Anschlussmaßnahmen beantwortet haben.

Tabelle 41 zeigt die Häufigkeit der verschiedenen Kategorien von Anschlussmaßnahmen in der Interventionsgruppe.

Tabelle 41

Häufigkeit der Kategorien in Anspruch genommener Anschlussmaßnahmen berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Interventionsgruppe)

Kategorie	T2 (N=59)		T3.2 (N=64)		T4 (N=69)		T5 (N=69)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Medizinische Rehabilitation	12	20.3	13	20.3	20	29.0	13	18.8
Beratung	34	57.6	34	53.1	37	53.6	38	55.1
Berufliche Rehabilitation	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Nachsorge (u.a. Selbsthilfegruppen)	24	40.7	23	35.9	23	33.3	29	42.0
Komplementäre Hilfen (u.a. betreutes Wohnen)	1	1.7	1	1.6	5	7.2	3	4.3

Anmerkung. n.a.=nicht vorhanden.

Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurden die Empfehlung/ Vorstellung des Angebots im Entzug, aber auch ein inneres Bedürfnis genannt. Die Proband*innen wollten ihre Abstinenz stabilisieren und einen besseren Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen erlernen, soziale Kontakte stärken, lernen sich selbst zu helfen – dabei die Gründe für die Abhängigkeit erarbeiten sowie Probleme aufarbeiten, Unterstützung erhalten – sowohl durch neutrale Gesprächspartner als auch durch den Kontakt zu Gleichgesinnten, und zuletzt generelle Stabilität und Gesundheit erlangen.

Mitunter nannten die Proband*innen aber auch Neugierde und äußere Faktoren wie eine gerichtliche Verordnung oder die notwendige Medikamentenumstellung, als Gründe. Auch, dass die Angebote kostenlos waren und die Proband*innen bereits gute Erfahrungen mit Hilfsangeboten gemacht hatten, wurde hier angeführt. Einige Proband*innen nutzen das neue Hilfsangebot eigenen Aussagen zufolge auch als gute Ergänzung zu ihren anderen Angeboten. Die Antworten auf die Frage nach den Zielen, die die Proband*innen mit der Anschlussmaßnahmen verfolgten, überschneiden sich teilweise mit den oben genannten Gründen. Ziele waren unter anderem Abstinenz bzw. der Umgang mit Suchtdruck und Rückfällen, Austausch, Unterstützung bei der Problembewältigung, die Gründe für die Abhängigkeit erkennen, Ratschläge einholen, bisheriges Wissen auffrischen sowie auch die allgemeine Lebensgestaltung ändern (z.B. gesundheitliche Verbesserungen). Mitunter wurde vereinzelt auch kein Ziel genannt und zwar dann, wenn die Anschlussmaßnahme durch äußere Umstände, wie die gerichtliche Verordnung, bedingt war.

Tabelle 42 zeigt dabei die Abbruchhäufigkeit in den verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien für die Interventionsgruppe. Die Anzahl der Personen (von allen mit Anschlussmaßnahme), die eine Anschlussmaßnahme abgebrochen hatten, belief sich für T2, T3.2, T4 und T5 auf 1 (8.3%), 1(2.9%), 6 (23.1%) und 6 (17.4%).

Tabelle 42

Häufigkeit der Kategorien abgebrochener Anschlussmaßnahmen berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Interventionsgruppe)

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Medizinische Rehabilitation	1 von ^a 12	8.3	0 von 13	n.a.	3 von 20	15.0	0 von 13	n.a.
Beratung	0 von 34	n.a.	1 von 34	2.9	3 von 37	8.1	4 von 38	10.5
Nachsorge (u.A. Selbsthilfegruppen)	0 von 24	n.a.	0 von 23	n.a.	0 von 23	n.a.	2 von 29	6.9

Anmerkung. Keine Werte für Berufliche Rehabilitation und komplementäre Hilfen. n.a.=nicht vorhanden. ^a relativiert an allen Personen, die diese Anschlussmaßnahme in Anspruch nahmen.

Tabelle 43 zeigt weiterhin die Häufigkeit verschiedener Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe.

Tabelle 43

Häufigkeit der Gründe für den Abbruch einer Anschlussmaßnahme berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Interventionsgruppe)

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Keine Lust mehr	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Zu zeitaufwändig	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1	16.7
Zu kostenaufwändig	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden	1	100.0	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Hilfsangebot war zu weit entfernt	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Sonstiges ^a	n.a.	n.a.	1	100.0	6	100.0	5	83.3

Anmerkung. ^aZ. B. Rückfall, emotionale Belastung, Corona, andere Maßnahme; n.a.=nicht vorhanden.

Tabelle 44 stellt die Häufigkeit einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen sowie die Bewertung der Anschlussmaßnahmen und der Intervention im Hinblick auf den Nutzen beim Suchen und der Aufnahme einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe dar. Es zeigte sich, dass die Proband*innen im Schnitt weniger als einen Termin nicht wahrgenommen haben. Die empfundene Nützlichkeit der App hinsichtlich der Auswahl und Aufnahme von Hilfsangeboten stieg von T2 zu T3. Die Weiterempfehlungsrate der Intervention an Freunde/Bekannte lag zu T2 bzw. T3.2 bei 115 (65.7%) und 113 (64.6%).

Tabelle 44*Häufigkeit und Bewertung einzelner Aspekte der Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Interventionsgruppe)*

	T2			T3.2			T4			T5		
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
In Anspruch genommene Hilfsangebote	59	1.27	0.72	64	1.25	0.56	69	1.30	0.60	70	1.30	0.52
Teilnahme-Male ^a	59	1.30	1.97	64	1.48	1.51	69	1.92	2.81	70	1.10	1.77
Nicht wahrgenommenen Termine ^a	59	0.12	0.32	64	0.12	0.35	69	0.11	0.28	70	0.08	0.33
Bewertung Überzeugung in Hilfsangebot	56	4.13	1.00	63	4.08	0.99	66	4.26	0.84	69	4.07	0.90
Bewertung Hilfsangebot als hilfreich	57	4.23	1.06	62	4.27	1.01	66	4.35	0.90	69	4.40	0.76
Bewertung der App als hilfreich für Auswahl	49	3.15	1.59	53	3.53	1.68						
Bewertung der App als hilfreich für Aufnahme	49	3.13	1.51	56	3.74	1.37						

Anmerkung. ^aim Schnitt pro Woche seit der letzten Erhebung.

Tabelle 45a und b schlüsselt die Bewertung in der Interventionsgruppe nochmal nach verschiedenen Kategorien der Hilfsangebote auf. Dabei muss berücksichtigt werden, dass je nach Zeitpunkt nur für bestimmte Anschlussmaßnahmen aussagekräftige Ergebnisse vorlagen. Als Cut-off wurde im Folgenden eine Anzahl von mindestens fünf Personen gewählt. Die Überzeugung von den Hilfsangeboten und die Bewertung, wie hilfreich das Hilfsangebot war, lag stets über drei (teilweise überzeugt). Häufig traten Werte über vier auf (überzeugt/hilfreich). Bei T2 waren die Proband*innen im Vorfeld am ehesten von der Suchtberatung und bei T3.2 am ehesten von der ambulanten Entwöhnung überzeugt. Bei T4 war die Überzeugung bei der Suchtberatung am höchsten. Bei T5 wurde die ambulante Entwöhnung am überzeugendsten bewertet. Die höchsten Bewertungen, wie hilfreich das Angebot war, hat die stationäre Entwöhnung bei T2 und T3.2 erzielt. Bei T4 und T5 wurde die Suchtberatung am höchsten bewertet.

Demzufolge kann man mitunter Diskrepanzen zwischen der Überzeugung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich sein wird, und der Bewertung, dass die Anschlussmaßnahme hilfreich war, feststellen. So waren die Erwartungen an eine ambulante Therapie sowie an die Suchtberatung am höchsten, während die stationäre Therapie und die Suchtberatung am hilfreichsten waren.

Die Stichprobengröße bezüglich der App-Bewertung war meist zu klein, um eine gültige Aussage zu treffen. Insgesamt lagen die Werte über 2 (wenig hilfreich). Die Intervention erwies sich am hilfreichsten für die Auswahl und Aufnahme einer Suchtberatung und am wenigsten hilfreich für die Auswahl sowie Aufnahme einer Selbsthilfegruppe oder Institutsambulanz.

Tabelle 45a

Bewertung verschiedener Kategorien von Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Interventionsgruppe)

	T2												T3.2													
	Ü			H			App Ausw.			App Aufn.			Ü			H			App Ausw.			App Aufn.				
	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M
AEW	8	4.00	0.926	8	4.00	1.069	6	2.50	1.761	5	2.80	1.789	9	4.33	0.866	9	4.11	1.537	7	3.00	1.915	7	3.29	1.380		
SEW	5	3.80	1.643	5	4.60	0.548	4	2.00	1.414	4	2.75	1.500	5	4.00	0.707	5	4.80	0.447	3	2.00	1.732	3	3.33	2.082		
TEW	6	4.17	1.329	6	3.67	1.751	5	3.00	1.414	5	2.80	1.095	3	4.00	1.000	3	4.00	1.000	3	2.33	1.155	3	3.67	1.155		
SHG	9	3.67	1.225	9	4.11	0.928	9	2.44	1.810	9	2.44	1.590	8	3.25	0.707	8	4.00	1.309	8	2.88	1.808	8	3.50	1.414		
SUB	20	4.20	0.834	21	4.29	0.956	19	3.89	1.410	20	3.75	1.482	27	4.26	1.130	26	4.58	0.643	22	4.00	1.543	25	3.92	1.441		
SPD	0			0			0			0			0			0			0			0				
IA	6	4.17	1.169	6	4.00	1.265	5	3.00	2.000	5	2.80	1.304	9	4.22	1.093	9	3.67	1.414	8	3.38	1.996	8	3.13	1.808		
BW	1	4.00	.	1	4.00	.	1	1.00	.	1	1.00	.	2	3.50	0.707	2	4.50	0.707	2	2.00	1.414	2	2.50	2.121		
BR	0			0			0			0			0			0			0			0				
P	1	5.00	.	1	3.00	.	1	3.00	.	1	1.00	.	1	2.00	.	1	4.00	.	1	5.00	.	1	4.00	.		

Anmerkung. Ü=Überzeugung, dass das Angebot hilfreich sein würde. H=Bewertung, wie hilfreich das Angebot war. App Ausw.= Bewertung, wie hilfreich die App bei der Auswahl des Hilfsangebots war. App Aufn.=Bewertung, wie hilfreich die App bei der Aufnahme des Hilfsangebots war. AEW=ambulante Entwöhnung/Therapie, SEW=stationäre Entwöhnung/Therapie, TEW=teilstationäre Entwöhnung/Therapie, SHG=Selbsthilfegruppe, SUB=Suchtberatung, SPD=Sozialpsychiatrische Dienst, IA=Institutsambulanz, BW=Betreutes Wohnen, BR=Berufliche Rehabilitation, P=Psychiater*in. Einige Proband*innen gehen nicht in die Tabelle mit ein, da die obige Unterteilung in die verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erhebung erfolgte. Hellgraue Schattierung= aussagekräftige Stichprobengröße (≥5). Dunkelgraue Schattierung=Minimum/Maximum der jeweiligen Spalte unter allen aussagekräftigen Werten mit einer Stichprobengröße von ≥5.

Tabelle 45b

Bewertung verschiedener Kategorien von Anschlussmaßnahmen über alle Zeitpunkte hinweg (Interventionsgruppe)

	T4						T5					
	Ü			H			Ü			H		
	N	M	SD									
AEW	11	4.09	0.831	11	4.18	0.982	13	4.38	0.870	13	4.54	1.127
SEW	13	4.31	1.032	13	4.00	1.291	12	4.33	0.888	12	4.33	0.778
TEW	1	5.00	.	1	5.00	.	1	4.00	.	1	4.00	.
SHG	14	3.64	1.336	14	4.07	1.207	15	3.73	1.100	16	4.06	0.998
SUB	26	4.46	0.647	26	4.69	0.618	36	4.03	1.028	36	4.60	0.642
SPD	2	4.00	1.414	2	4.50	0.707	1	5.00	.	1	5.00	.
IA	4	4.00	1.414	4	4.25	0.500	3	4.00	1.000	3	3.67	2.31
BW	3	4.00	1.000	3	4.33	1.155	3	3.67	0.577	3	4.67	0.577
BR	0			0			0			0		
P	1	5.00	.	1	5.00	.	2	4.50	0.707	2	3.50	0.707

Anmerkung. Ü=Überzeugung, dass das Angebot hilfreich sein würde. H=Bewertung, wie hilfreich das Angebot war. AEW=ambulante Entwöhnung/Therapie, SEW=stationäre Entwöhnung/Therapie, TEW=teilstationäre Entwöhnung/Therapie, SHG=Selbsthilfegruppe, SUB=Suchtberatung, SPD=Sozialpsychiatrische Dienst, IA=Institutsambulanz BW=Betreutes Wohnen, BR=Berufliche Rehabilitation, P=Psychiater*in. Einige Proband*innen gehen nicht in die Tabelle mit ein, da die obige Unterteilung in die verschiedenen Anschlussmaßnahmen-Kategorien erst zu einem späteren Zeitpunkt der Erhebung erfolgte. Hellgraue Schattierung= aussagekräftige Stichprobengröße (≥5). Dunkelgraue Schattierung=Minimum/Maximum der jeweiligen Spalte unter allen aussagekräftigen Werten mit einer Stichprobengröße von ≥5.

Als Gründe, wieso manche Termine einer Anschlussmaßnahme nicht wahrgenommen wurden, nannten die Proband*innen Krankheit, mangelnde Zeit, Rückfälle oder andere persönliche Umstände. Manche gaben an, den Termin vergessen zu haben oder dass der Termin offiziell verschoben wurde. Auch wurde Corona als Grund angeführt (Ausfall der Sitzung oder persönliche Quarantäne). Auch nannten manche Proband*innen, dass sie die Termine nur bei Bedarf (z.B. bei Suchtdruck) in Anspruch nahmen.

Auf die Frage, was den Proband*innen am Hilfsangebot gut gefallen hatte, wurden Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit, die Vielfalt der Angebote, die erhaltenen Ratschläge, die Alltagsstrukturierung bzw. Beschäftigung, der Austausch mit anderen, das professionelle Feedback durch geschultes Personal, die örtliche Nähe, die Motivierung und die intensive Auseinandersetzung mit sich selbst genannt. Mitunter wurde aber auch gesagt, dass nichts an dem Hilfsangebot als gut zu beurteilen war, oder lediglich, dass die Proband*innen ein wirksames Medikament erhalten hatten.

Als Verbesserungsvorschläge führten die Proband*innen an, dass es eine engmaschigere Betreuung geben sollte bzw. mehr Termine, mehr psychotherapeutische Inhalte, mehr Einzelgespräche – auch unter Einbeziehung der Angehörigen, mehr Informationen, mehr Herzlichkeit im Umgang bzw. das Eingehen auf individuelle Wünsche. Manche Proband*innen konnten hierzu noch keine Angabe machen oder fanden nichts verbesserungswürdig (u.a. weil das Angebot einfach unpassend war). Auch das Verhalten der anderen Gruppenteilnehmenden wurde als verbesserungswürdig beschrieben. Der Mangel an Angeboten wurde mitunter Corona zugeschrieben. Diese letzten beiden Punkten implizierten jedoch keine konkreten Verbesserungsvorschläge.

Ein paar Proband*innen beschrieben auch Verschlechterungen durch das Aufnehmen der Anschlussmaßnahme, wie negative Auswirkungen auf die Stimmung (z.B. Unruhe, Panik, Langeweile), Suchtdruck bzw. Rückfälle und Kontakt zu Personen, die ihnen nicht guttun.

Bei Fehlen einer Anschlussmaßnahme begründeten die Proband*innen dies besonders häufig damit, noch auf einer Warteliste zu stehen. Auf diesen Umstand wurde nochmals in Aussagen der Probanden*innen Bezug genommen, wonach kürzere Wartezeiten ihnen geholfen hätten bereits früher eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen.

Zum Messzeitpunkt T3.2 reduzierte sich die Anzahl der Proband*innen, die die Warteliste als Grund für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme nannten, um mehr als 2/3. Ab dann wurden auch bei den weiteren Messzeitpunkten anstatt der Wartezeiten „Corona“ und „Sonstiges“ als häufigste Gründe genannt. Viele Proband*innen berichteten, dass sie mehr Zeit gebraucht hätten, um eine Anschlussmaßnahme zu finden. Auffällig zu T3.2, verglichen mit den anderen Zeitpunkten, ist auch, dass das Argument, eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll zu halten besonders häufig genannt wurde.

Beratungs- und Nachsorgeangebote waren die am häufigsten genannten Kategorien. Der Anteil der Proband*innen, die an diesen Arten der Anschlussmaßnahmen teilnahmen, blieb über alle Erhebungszeitpunkte recht konstant. Dabei wurden Beratungsangebote wiederum deutlich häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote.

Tabelle 46 zeigt die Häufigkeit verschiedener Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme in der Interventionsgruppe.

Tabelle 46

Häufigkeit der Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme berichtet zu den verschiedenen Zeitpunkten (Interventionsgruppe)

Kategorie	T2 (N=71)		T3.2 (N=55)		T4 (N=33)		T5 (N=38)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Kein Hilfsangebot gesucht	5	7.0	4	7.3	2	6.1	7	18.4
Zu wenig Wissen über Hilfsangebote	2	2.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Keinen Platz bekommen	2	2.8	2	3.6	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Kategorie	T2		T3.2		T4		T5	
	(N=71)		(N=55)		(N=33)		(N=38)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Auf der Warteliste	21	29.6	5	9.1	6	18.2	3	7.9
Keine Lust, nach einem Hilfsangebot zu suchen	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1	3.0	n.a.	n.a.
Keine Lust auf den Besuch eines Hilfsangebots	1	1.4	1	1.8	3	9.1	2	5.3
Hält Hilfsangebot für nicht sinnvoll	8	11.3	9	16.4	2	6.1	1	2.6
Sonstiges	7	9.9	12	21.8	11	33.3	15	39.5
Corona	11	15.5	15	27.3	7	21.2	8	21.1
Ist schon in Planung	10	14.1	6	10.9	1	3.0	2	5.3
Person ist noch in der Klinik ^a	4	5.6	1	1.8	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.

Anmerkung. ^aBetrifft nur T2 und T3.2; n.a.=nicht vorhanden.

Auf die Frage, was den Proband*innen zusätzlich geholfen hätte, eine Anschlussmaßnahme aufzusuchen, nannten sie beispielsweise, dass mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung sowie positivere Erfahrungen mit bisherigen Angeboten wichtig gewesen wären. Einige erwähnten, dass es ihnen leichter gefallen wäre, wenn es keine Pandemie gegeben hätte (es mangelte an persönlichen Kontakten und Termine konnten nicht stattfinden). Andere nannten, dass sie eine höhere Eigenmotivation gebraucht hätten oder dass ihnen nichts geholfen hätte. Vereinzelt hatten Proband*innen Schwierigkeiten eine Anschlussmaßnahme in ländlichen Regionen zu finden, da dort die Angebote meist weit weg waren und nur schwer mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen waren. Die meisten Proband*innen waren jedoch sehr zufrieden mit ihrer Suche nach einem Hilfsangebot und hätten nichts weiter gebraucht.

4.3 Fazit zum Vergleich zwischen IG und KG

Nach der Analyse der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen lassen sich die nachfolgenden Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der KG und der IG zusammenfassen.

Zunächst einmal berichteten die Proband*innen aus beiden Gruppen besonders zu Beginn der Befragung dieselben Gründe für das Fehlen einer Anschlussmaßnahme wie beispielsweise noch auf einer Warteliste zu stehen. Zu den späteren Zeitpunkten wurde das Fehlen wiederum häufiger mit veränderten Bedingungen durch die Corona-Pandemie begründet. Fraglich ist, ob die späteren Erhebungszeitpunkte für einen großen Teil der Proband*innen tatsächlich auf einen Zeitraum fiel, als die Pandemie die Aufnahme eines Hilfsangebotes erschwerte, oder ob Corona ein beliebter Rechtfertigungsgrund war. Einige Proband*innen gaben aber auch an, eine Anschlussmaßnahme nicht für sinnvoll zu halten. Für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme hätten sich die Proband*innen sowohl aus der KG als auch aus der IG mehr Zeit, kürzere Wartezeiten, mehr Infos und mehr Unterstützung gewünscht. Als Gründe für die Aufnahme einer Anschlussmaßnahme wurden Empfehlungen oder ein inneres Bedürfnis, bestimmte Ziele wie Abstinenz oder den Umgang mit Suchdruck, zu erreichen, genannt. Die Proband*innen aus beiden Gruppen nutzten am häufigsten Beratungs- und Nachsorgeangebote. Dabei wurden Beratungsangebote nochmal häufiger in Anspruch genommen als Nachsorgeangebote (vorrangig Selbsthilfegruppen). Die Nutzung der stationären Entwöhnung stieg erst später im Studienzeitraum (ab sechs Wochen). Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Selbsthilfegruppen vergleichsweise schlecht abschnitten (Erwartung und Bewertung). Die stationäre Entwöhnung wurde in beiden Gruppen vergleichsweise positiv bewertet.

Im Schnitt wurde weniger als ein Termin nicht wahrgenommen: Dies wurde dann häufig mit Krankheit, mangelnder Zeit, mit Rückfällen oder anderen persönlichen Umstände erklärt. Die Proband*innen aus beiden Gruppen äußerten sich ebenfalls ähnlich dazu, was ihnen am Hilfsangebot gut gefallen hätte. Dabei wurden einige Aspekte wie Offenheit bzw. Wertfreiheit, die schnelle Hilfe bzw. gute Erreichbarkeit und die Vielfalt der Angebote genannt. Proband*innen aus KG und IG führten auch einige Verbesserungsvorschläge an (z.B. eine engmaschigere Betreuung bzw. mehr Termine).

Gleichzeitig waren auch einige Unterschiede in der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen zwischen IG und KG zu finden. Als Gründe für den Abbruch nannte die KG, dass es zu zeitintensiv gewesen sei oder dass die Proband*innen sich mit den Therapeut*innen nicht verstanden hätten. Die IG hingegen berichtete eher von Problemen mit anderen Teilnehmenden. Bei der IG waren die Erwartungen an eine ambulante Entwöhnung sowie an die Suchtberatung am höchsten, während die stationäre Therapie und die Suchtberatung als am hilfreichsten bewertet wurden. In der KG waren die Erwartungen hingegen an die ambulante und stationäre Entwöhnung sowie die Institutsambulanz am höchsten, wobei die ambulante Entwöhnung und Institutsambulanz zu Beginn des Studienzeitraums (einige Wochen nach Entzug) am besten, später (einige Monate nach Entzug) jedoch am schlechtesten bewertet wurden.

Die Bewertung der App hinsichtlich der Auswahl und Aufnahme von Hilfsangeboten stieg von T2 zu T3. Die höchsten App-bezogenen Bewertungen erhielt die Suchtberatung.

Abschließend lässt sich festhalten, dass bei der Inanspruchnahme von Anschlussmaßnahmen sehr ähnliche Muster zwischen IG und KG existierten. Die bestehenden Unterschiede zwischen den beiden Gruppen beschränken sich hauptsächlich auf die Nicht-Inanspruchnahme und Diskrepanzen zwischen Erwartungen und Bewertungen.

5. App-Nutzungsdaten

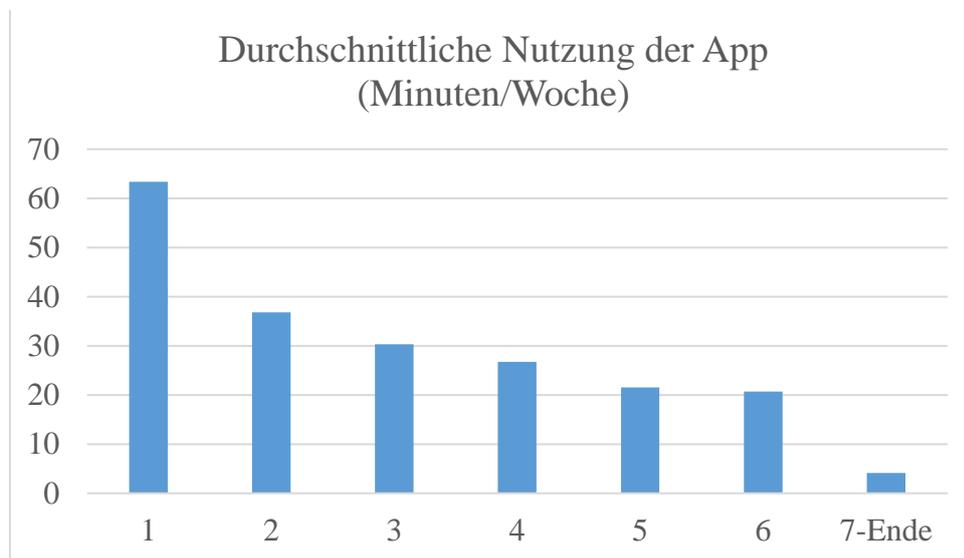
Sieben-und-sechzig Personen hatten die zweite App-Version und 108 Personen hatten die erste App-Version. Im Folgenden werden die Daten für beide Versionen zusammen sowie getrennt berichtet und es werden signifikante Unterschiede zwischen den Versionen angegeben.

5.1 Gematchte Daten (vorhanden bei alter und neuer Version)

Die durchschnittliche Nutzungsdauer pro Proband*in ($n=175$) in Minute pro Woche zeigt Abbildung 17a-c. Über den gesamten Interventionszeitraum wurde die App gemittelt 33 Minuten pro Woche genutzt ($M=33.23$; $SD=33.07$). Die gemittelte Nutzungsdauer der App pro Woche im Interventionszeitraum unterscheidet sich dabei kaum zwischen der ersten ($M= 33.32$; $SD=32.52$) und der zweiten App-Version ($M= 33.09$; $SD=34.19$).

Abbildung 17a

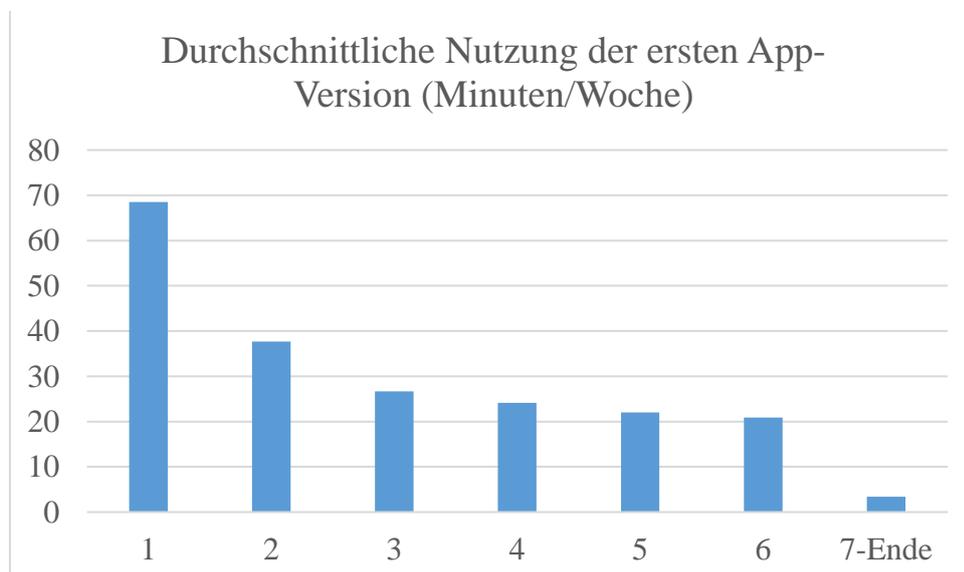
*Nutzungsdauer pro Proband*in in Minuten pro Woche (beide App-Versionen)*



Anmerkung. $N=175$. 7-Ende=138 Tage/7=19.71 Wochen.

Abbildung 17b

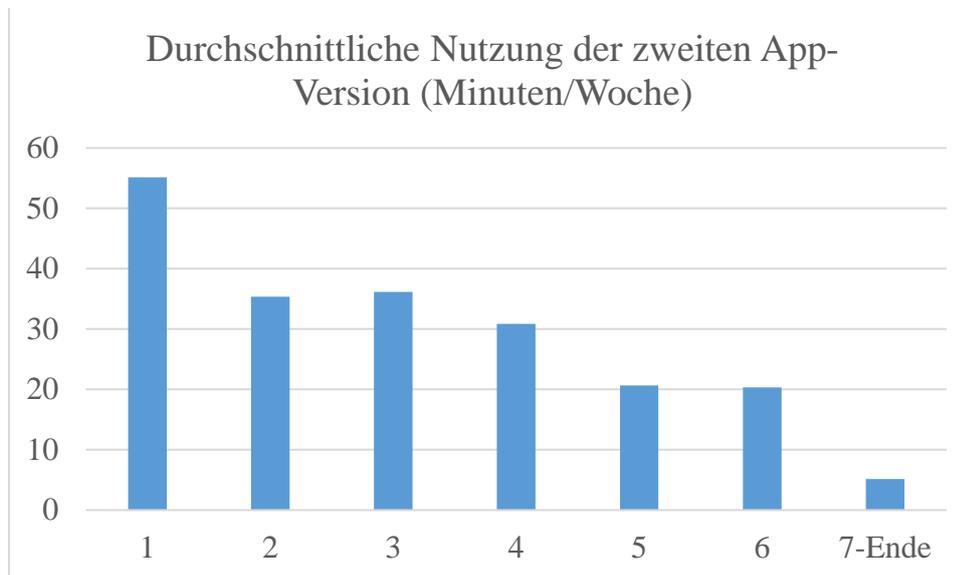
*Nutzungsdauer pro Proband*in in Minuten pro Woche (erste App-Version)*



Anmerkung. N=108. 7-Ende=138 Tage/7=19.71 Wochen.

Abbildung 17c

Nutzungsdauer pro Proband*in in Minuten pro Woche (zweite App-Version)



Anmerkung. N=67. 7-Ende=138 Tage/7=19.71 Wochen.

Die Anzahl der Personen, die die verschiedenen Kompetenzen erfolgreich abgeschlossen haben, wird in Abbildung 18a-c dargestellt.

Abbildung 18a

Abgeschlossene Bearbeitung der verschiedenen Kompetenzen (Prozentualer Anteil der Personen; beide App-Versionen)

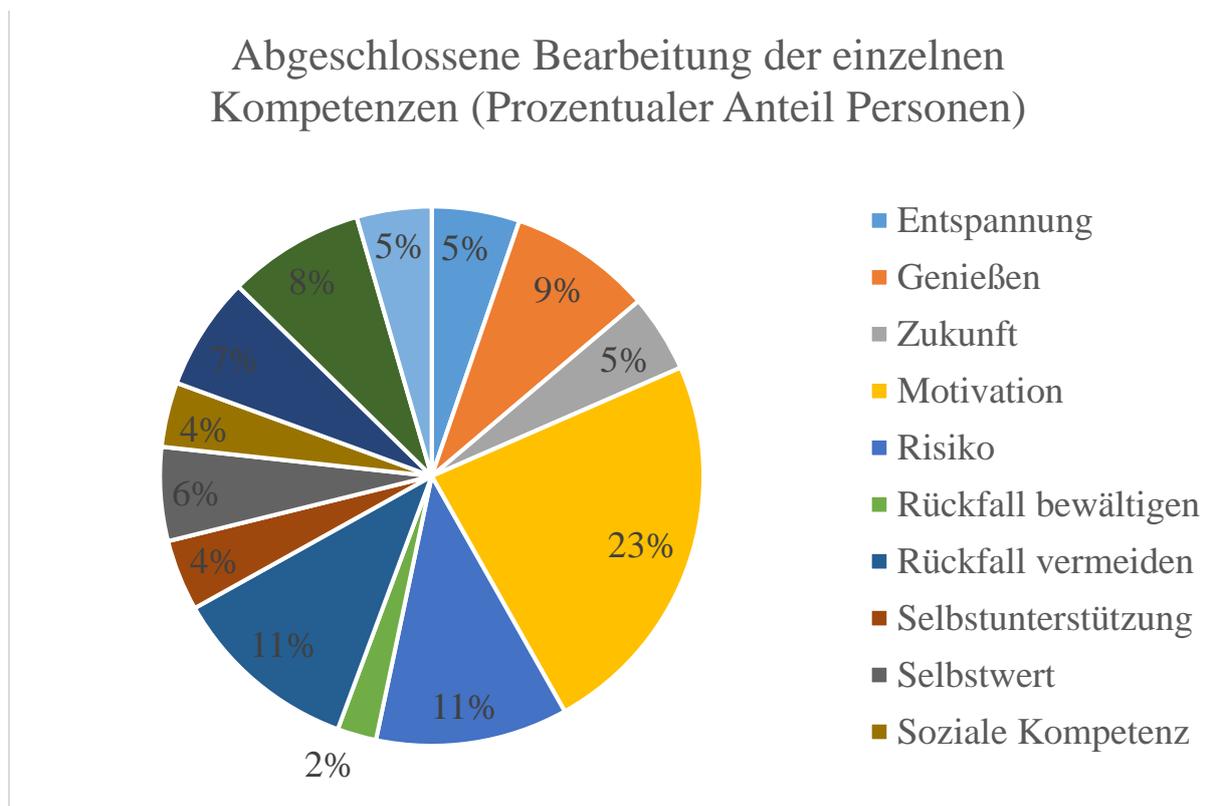


Abbildung 18b

Abgeschlossene Bearbeitung der verschiedenen Kompetenzen (Prozentualer Anteil der Personen; erste App-Version)

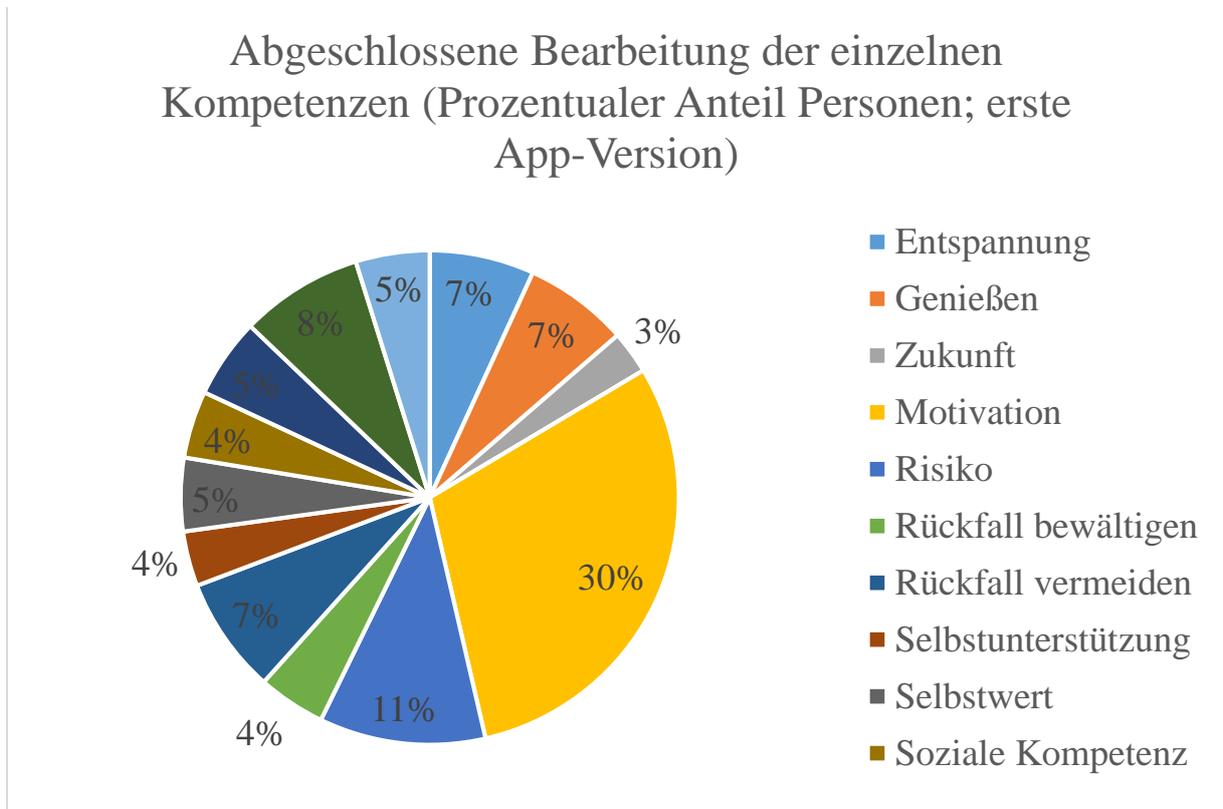
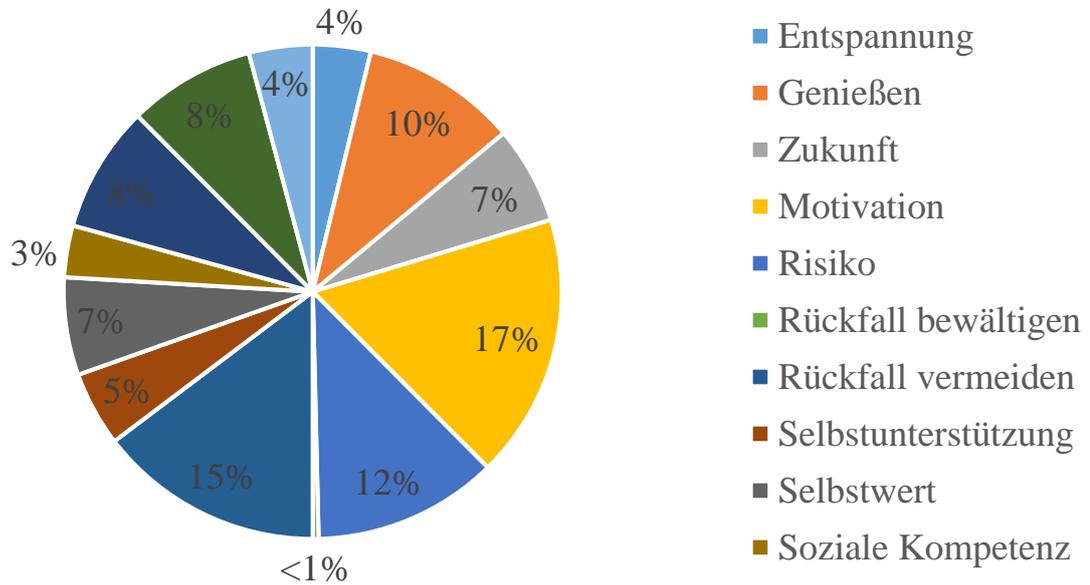


Abbildung 18c

Abgeschlossene Bearbeitung der verschiedenen Kompetenzen (Prozentualer Anteil der Personen; zweite App-Version)

Abgeschlossene Bearbeitung der einzelnen Kompetenzen (Prozentualer Anteil Personen; zweite App-Version)



Im Mittel schlossen die Personen im gesamten Studienzeitraum von 6 Monaten 2.93 Kompetenzen ab ($SD=3.74$). In der ersten App-Version waren es 2.29 ($SD=3.45$) Kompetenzen, in der zweiten App-Version waren es signifikant mehr ($t(125.53)=-2.87$, $p=.005$, $M=3.97$, $SD=3.97$).

In der zweiten App-Version haben nach Bonferroni-Holm-Korrektur mehr Personen die Kompetenzen *Genießen* ($t(110.63)=-3.76$, $p<.001$), *Zukunft* ($t(92.41)=-3.22$, $p=.002$), *Risikosituationen* ($t(116.93)=-3.52$, $p<.001$), *Rückfall vermeiden* ($t(113.95)=-5.72$, $p<.001$) sowie *Stärken* ($t(105.19)=-3.16$, $p=.002$) vollständig bearbeitet.

Die mittlere Anzahl der Aufrufe bestimmter App-Bereiche pro Person ($n=175$) während des gesamten Studienzeitraums wird in Abbildung 19a-c dargestellt.

Abbildung 19a

Anzahl der Aufrufe bestimmter App-Bereiche (beide App-Versionen)

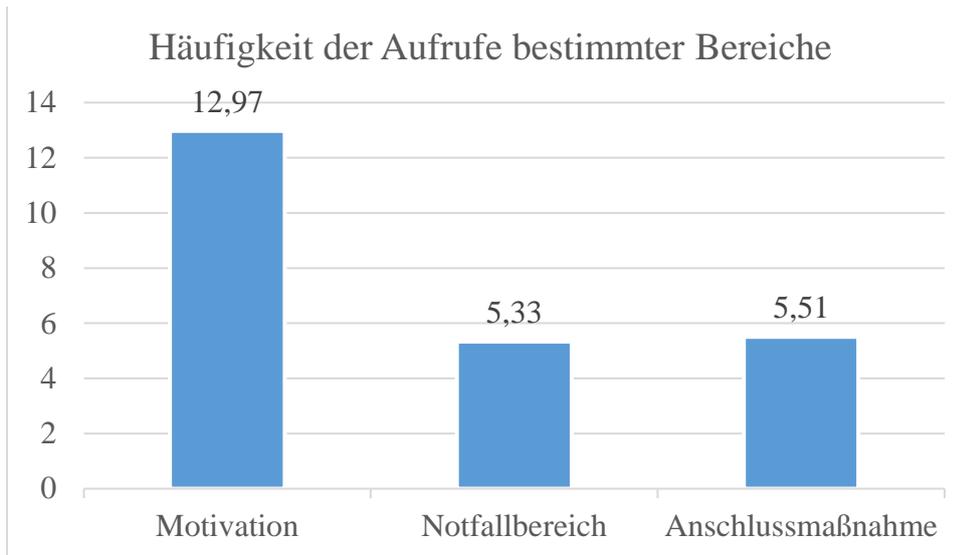


Abbildung 19b

Anzahl der Aufrufe bestimmter App-Bereiche (erste App-Version)

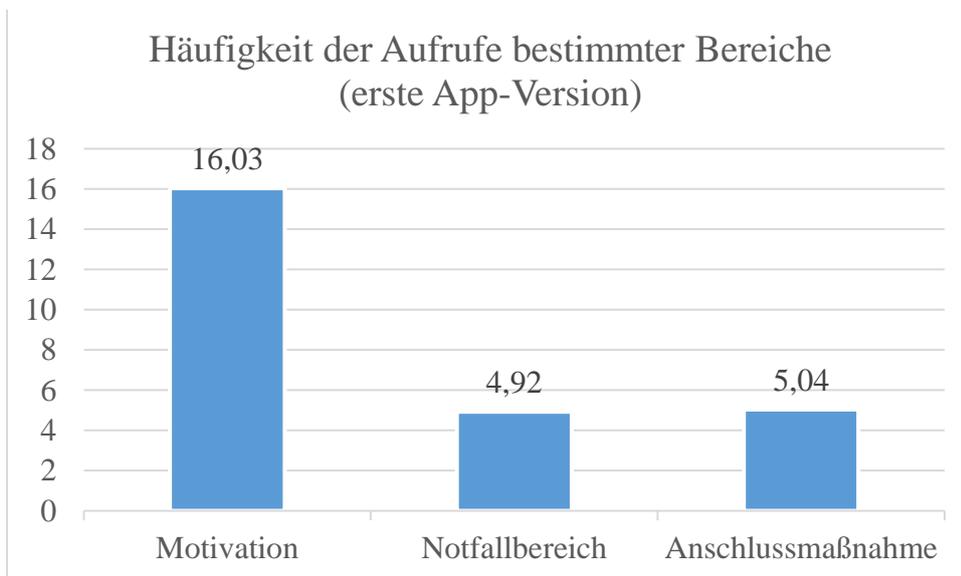
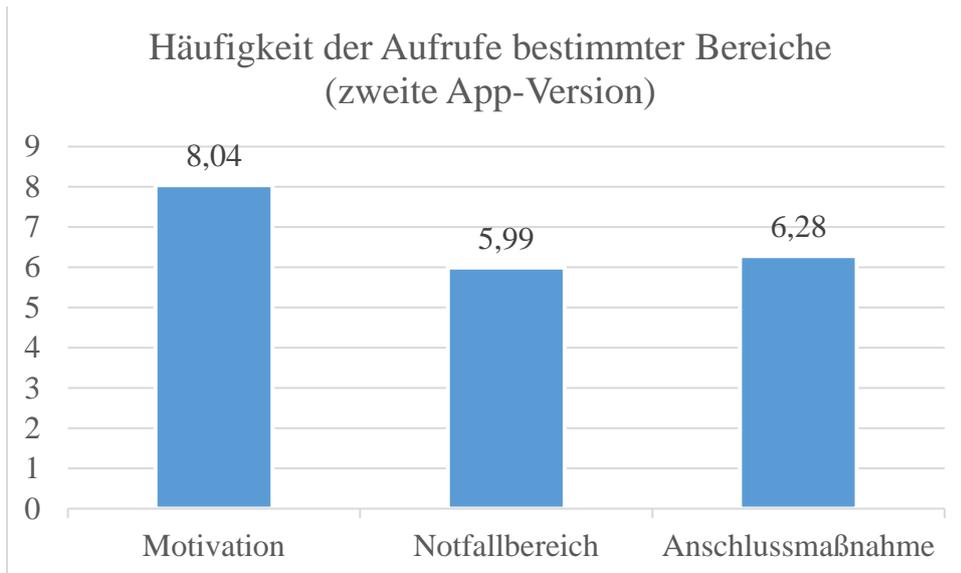


Abbildung 19c

Anzahl der Aufrufe bestimmter App-Bereiche (zweite App-Version)



In der zweiten App-Version gab es nach Bonferroni-Holm-Korrektur signifikant weniger Aufrufe beim Motivationsbereich als in der ersten App-Version ($t(173)=3.56, p<.001$).

Im Mittel hatten die Personen im gesamten Studienzeitraum von 6 Monaten 0.57 Notfallkontakte ($SD=1.17; n=175$) und legten 1.45 ($SD=1.14; n=175$) Anschlussmaßnahmen in der App fest. In der ersten App-Version waren es 0.52 Kontakte ($SD=1.22$) und 1.37 Anschlussmaßnahmen ($SD=1.13$), in der neuen 0.64 Kontakte ($SD=1.08$) und 1.57 Anschlussmaßnahmen (1.16).

Die mittlere Anzahl der versendeten Chatnachrichten pro Person ($n=175$) zeigt die Abbildung 20a-c.

Abbildung 20a

Anzahl der versendeten Chatnachrichten (Sender*in der ersten Nachricht und Gesamtzahl; beide App-Versionen)

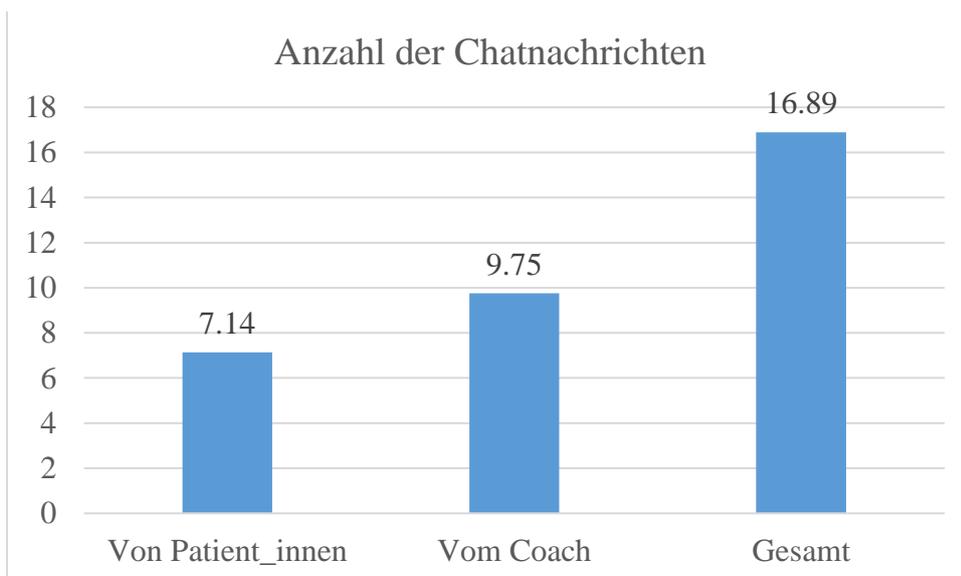


Abbildung 20b

Anzahl der versendeten Chatnachrichten (Sender*in der ersten Nachricht und Gesamtzahl; erste App-Version)

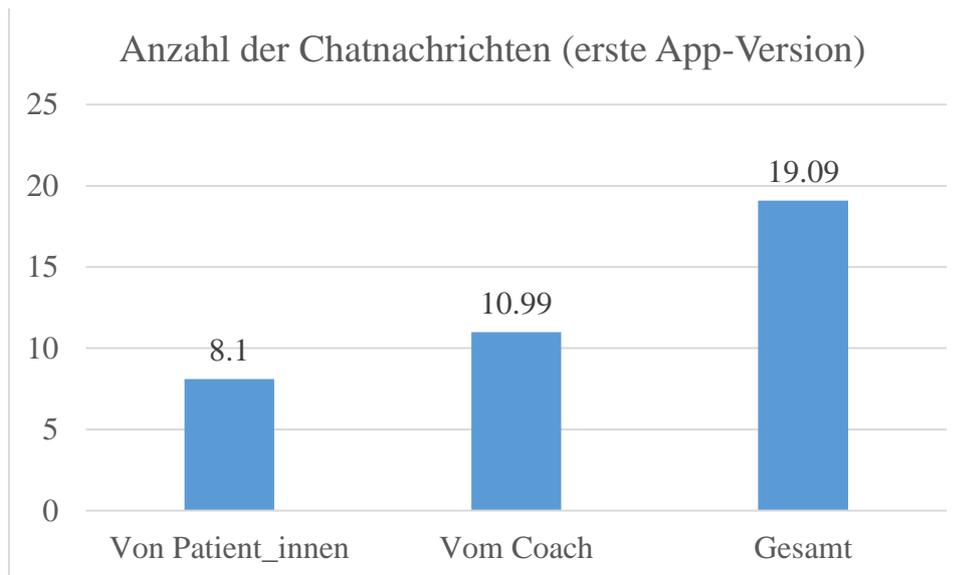
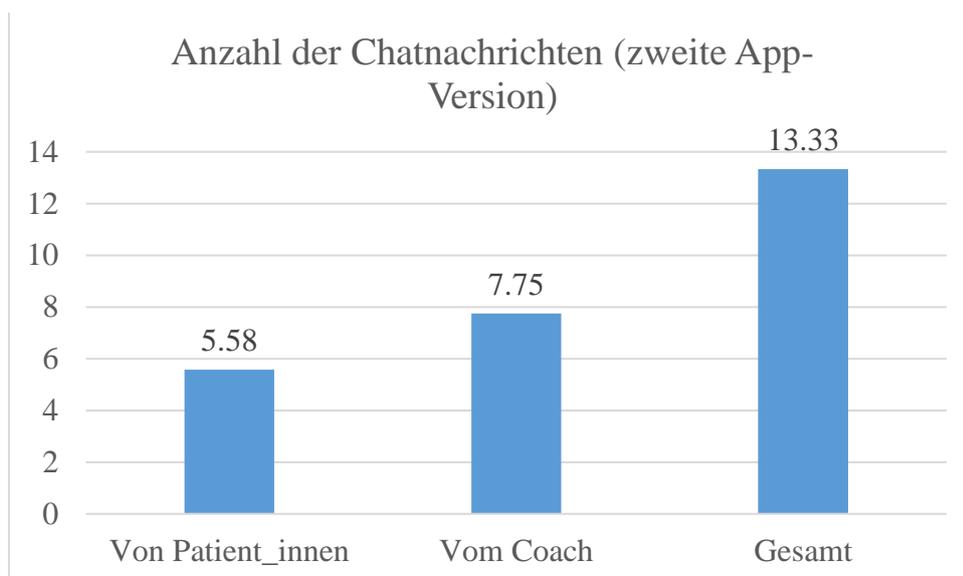


Abbildung 20c

Anzahl der versendeten Chatnachrichten (Sender*in der ersten Nachricht und Gesamtzahl; zweite App-Version)



In 7 von 175 Fällen (4%) wurde der Chat von der/dem Patientin/Patienten begonnen und in 168 von 175 Fällen (96%) vom Coach. In der ersten App-Version waren es 104 (98.2%) Coach-Nachrichten und 4 (1.8%) Patient*innen-Nachrichten, in der neuen 64 (97.8%) Coach-Nachrichten und 3 (2.2%) Patient*innen-Nachrichten.

In der ersten App-Version gab es insgesamt mehr Nachrichten ($t(173)=3.126, p=.001$), insbesondere speziell vom Coach ($t(173)=3.970, p<.001$).

5.2 Versions-spezifische Daten (nur vorhanden in alter ODER neuer App)

Relativiert an der Anzahl möglicher Kompetenzen schlossen die Proband*innen in der ersten App-Version 24.49 % ($SD=25.29$) und in der zweiten App-Version 33.30 % ($SD=29.32$) aller möglichen Kompetenzen ab, also signifikant mehr ($t(173)=-2.04, p=.044$).

Die Häufigkeiten einzelner abgeschlossener Kompetenzen in der alten bzw. zweiten App-Version sind in Abbildung 21 und 22 abgebildet.

Abbildung 21

Die Häufigkeiten einzelner abgeschlossener Kompetenzen in der ersten App-Version (Anzahl der Personen, die diese Kompetenz abgeschlossen haben von 108 Personen)

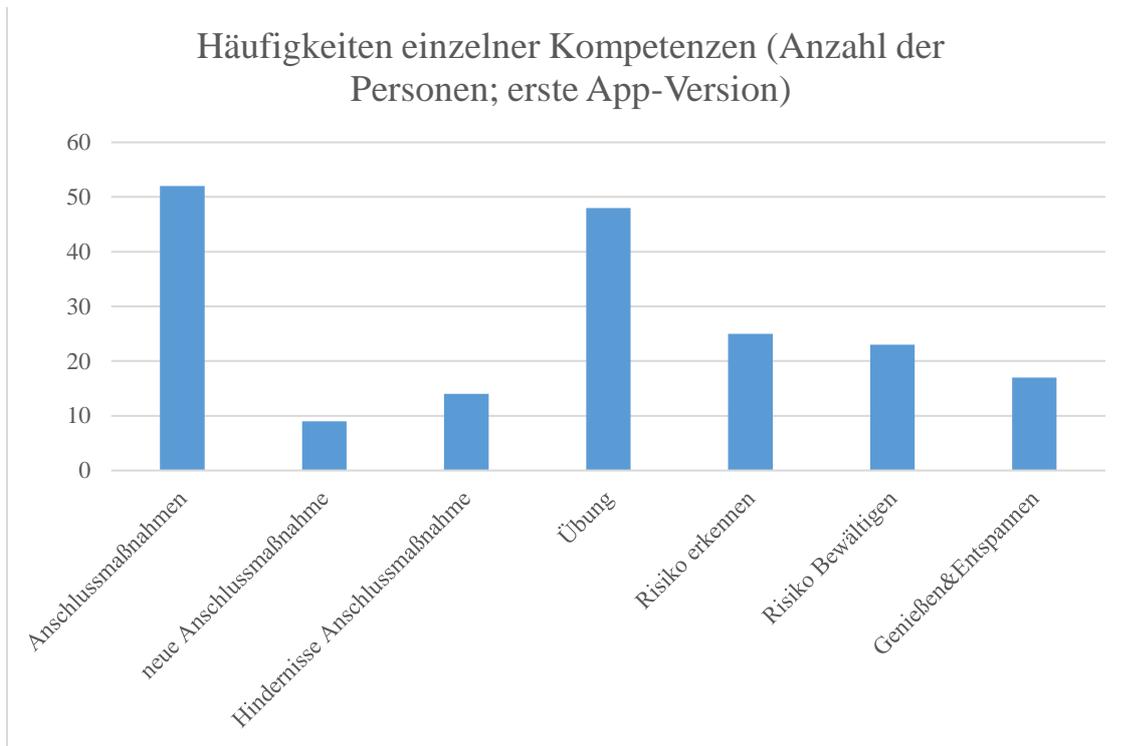
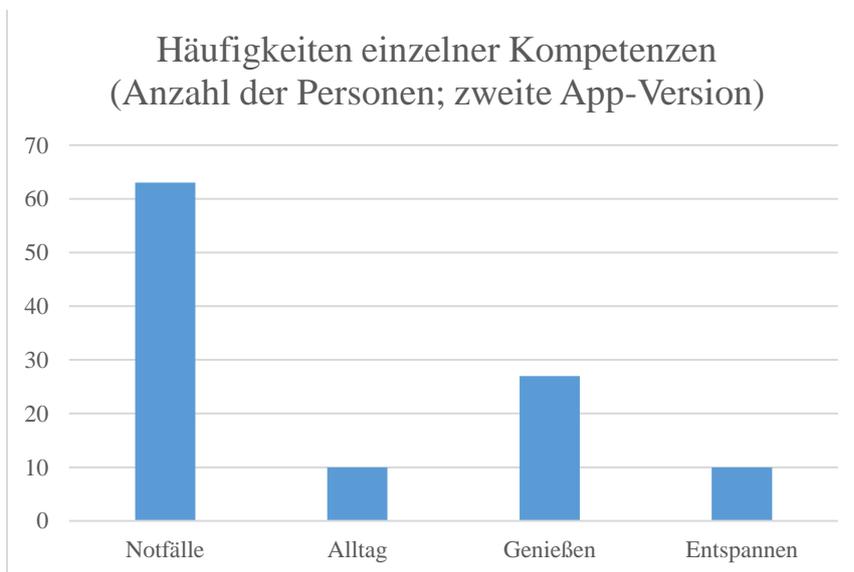


Abbildung 22

Die Häufigkeiten einzelner abgeschlossener Kompetenzen in der zweiten App-Version (Anzahl der Personen, die diese Kompetenz abgeschlossen haben von 67 Personen)



6. Corona-Pandemie

In Tabelle 47 sind die deskriptiven Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen der Corona-Pandemie abgetragen. Es zeigt sich, dass fast durchgehend negative Auswirkungen der Corona-Pandemie berichtet wurden. Die Auswirkungen auf die Kindererziehung sowie Beziehung/Partnerschaft wurden dabei als vergleichsweise gering eingeschätzt. Zur Baseline-Befragung wurden die Auswirkungen auf Abstinenz, Umgang mit Suchtverlangen und Abstinenzmotivation deutlich negativer wahrgenommen als zu den anderen Zeitpunkten, wobei für Letztere nahezu keine Auswirkungen mehr berichtet wurden.

Tabelle 47
Auswirkungen der Corona-Pandemie

Auswirkungen auf den Lebensbereich...	T1 <i>M(SD)</i>	T2 <i>M(SD)</i>	T3 <i>M(SD)</i>	T4 <i>M(SD)</i>	T5 <i>M(SD)</i>
Beziehung/Partnerschaft	-0.22 (0.76)	-0.16 (0.77)	-0.20 (0.77)	-0.22 (0.80)	-0.22 (0.68)
Kindererziehung	-0.15 (0.58)	-0.12 (0.63)	-0.07 (0.60)	-0.09 (0.57)	-0.09 (0.50)
Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte	-0.66 (0.82)	-0.69 (0.84)	-0.61 (0.91)	-0.67 (0.78)	-0.63 (0.77)
Job/Beruf	-0.51 (0.90)	-0.44 (0.85)	-0.38 (0.86)	-0.32 (0.86)	-0.35 (0.80)
Finanzielle Situation	-0.26 (0.80)	-0.21 (0.72)	-0.18 (0.76)	-0.20 (0.72)	-0.25 (0.69)
Gesundheit	-0.49 (0.82)	-0.30 (0.94)	-0.20 (0.84)	-0.25 (0.78)	-0.30 (0.79)
Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt)	-0.84 (0.78)	-0.68 (10.00)	-0.70 (0.90)	-0.77 (0.84)	-0.68 (0.84)
Aufnahme von Hilfsangeboten	n.a.	-0.40 (0.87)	-0.44 (0.90)	-0.39 (0.83)	-0.37 (0.81)
Abstinenz	-0.75 (0.93)	-0.12 (10.04)	-0.08 (0.96)	-0.16 (0.91)	-0.15 (0.92)
Umgang mit Suchtverlangen	-0.72 (0.85)	-0.21 (0.96)	-0.18 (0.87)	-0.22 (0.84)	-0.16 (0.79)
Abstinenzmotivation	-0.47 (10.02)	0.08 (10.02)	-0.01 (0.92)	-0.06 (0.86)	0.00 (0.90)

Anmerkung. Skala: -2=sehr negative Auswirkung; -1=negative Auswirkung; 0=keine Auswirkung/trifft nicht zu; 1=positive Auswirkung; 2=sehr positive Auswirkung. n.a.=nicht vorhanden.

Das Projekt wurde maßgeblich durch die Corona-Pandemie beeinflusst. Die Konsortialführung erfasste aus diesem Grund systematisch über den gesamten Zeitraum der Pandemie coronabedingte Auswirkungen auf die Rekrutierung und die Aufnahme von Anschlussmaßnahmen. Im Laufe der Pandemie wurde die Rekrutierung erheblich erschwert und die Rekrutierung musste je nach Rekrutierungszentrum phasenweise zu einem Teil oder ganz eingestellt werden. Zum einen ergriffen die Kliniken teils tiefgreifende Maßnahmen, um einerseits Kapazitäten für die Behandlung von an Covid-19 erkrankten Personen zu gewährleisten und andererseits die Gefahr einer Ausbreitung des Virus im Rahmen einer Behandlung zu minimieren. Diese Maßnahmen unterschieden sich von Klinik zu Klinik und umfassten beispielsweise die Schließung von Entzugsstationen, sodass keine neuen Patient*innen (teilweise mit Ausnahme von Akutfällen) in die Kliniken aufgenommen werden konnten, das Umfunktionieren ganzer Stationen oder die klinikweite Unterbrechung der

Durchführung wissenschaftlicher Studien. Später konnten zwar wieder Suchtpatient*innen behandelt werden, allerdings nur eingeschränkt. Gruppen-, Sport- oder Ergotherapie konnten lange Zeit nicht in Anspruch genommen werden. Zum anderen ließen herangezogene Erfahrungsberichte von Kliniken und Suchtberatungsstellen darauf schließen, dass sich viele Menschen aufgrund der zeitweisen Ausgangsbeschränkungen sowie aufgrund einer Verunsicherung über den Umgang der Kliniken mit der Corona-Situation und der Gefahr einer Infizierung in der Klinik besonders in inzidenzreichen Phasen der Pandemie gegen eine stationäre Entgiftung oder einen Entzug in einer Klinik entschieden. Insgesamt setzte sich die Gruppe der Patient*innen, die eine Klinik zur Entgiftung aufsuchten, der Einschätzung eines Psychologen zu Folge, anders zusammen als dies vor oder nach der Pandemie der Fall gewesen sei: Die Patient*innen, die eine stationäre Behandlung aufsuchten, seien während der Pandemie schwerer erkrankt gewesen als zuvor. Dies führte zu einem höheren Behandlungsaufwand.

Auch die Aufnahme von Anschlussmaßnahmen war während der Corona-Pandemie massiv erschwert. Wichtige Schritte zum Aufsuchen und Besuchen von Anschlussmaßnahmen bestehen darin, Anschlussmaßnahmen telefonisch zu kontaktieren oder direkt vor Ort aufzusuchen. Diese beiden Optionen waren zum Teil deutlich eingeschränkt, da nicht alle Anschlussmaßnahmen durch die Homeoffice-Situation telefonisch erreichbar waren und die meisten Anschlussmaßnahmen zeitweise für Personenverkehr geschlossen hatten. Das zweite Problem ergab sich daraus, dass es schwierig war, Personen in weiterführende Anschlussmaßnahmen zu vermitteln, da diese zeitweise begrenzte Aufnahmekapazitäten hatten bzw. ganz geschlossen waren, sodass das Behandlungsangebot während der Pandemie erheblich reduziert war. So waren Suchtberatungsstellen gerade zu Beginn der Pandemie längere Zeit geschlossen, im weiteren Verlauf waren Beratungen hauptsächlich nur telefonisch verfügbar, was bei den Patient*innen teils auf geringe Akzeptanz stieß. Die Wartezeiten bis zum Erstkontakt verlängerten sich, da es zugleich auch eine höhere Nachfrage seitens der Patient*innen gab. Selbsthilfegruppen fanden phasenweise nicht mehr statt. Viele Selbsthilfegruppen stellten daraufhin während der Pandemie auf Online- oder telefonischen Kontakt um, was auch hier bei einigen Patient*innen zu Desinteresse an dieser Form der Anschlussmaßnahme führte. Zudem fanden die Selbsthilfegruppen teilweise nur sporadisch und ohne Kontinuität statt. Psychiatrische Institutsambulanzen waren phasenweise ganz geschlossen. Bei geringeren Inzidenzen boten sie wieder persönlichen Kontakt an, jedoch mit verringerten Gruppengrößen bei Gruppentherapien und unter Maskenpflicht. Die angekündigten Wartezeiten auf ambulante Psychotherapien verlängerten sich massiv. Manche Psychotherapeut*innen hatten so lange Wartelisten, dass sie niemanden mehr auf die Warteliste setzen wollten. Der Beantragungsprozess für Rehabilitationsmaßnahmen lief verzögert ab. Stationäre Rehabilitationen fanden nur unter Auflagen statt, wie z.B. Verkleinerung der Gruppengrößen, Reduktion des Therapieangebots, Maskenpflicht. Lange Wartezeiten auf Anschlussmaßnahmen sowie die nur unter Auflagen oder online/telefonisch mögliche Teilnahme führten bei den Patient*innen zu einer reduzierten Motivation, an der entsprechenden Anschlussmaßnahme teilzunehmen.

Dem Projekt sei während der Pandemie eine besondere Bedeutung zugekommen, wie ein Coach und eine Klinikpsychologin unterstrichen: SmartAssistEntz sei in einer Zeit verlässlich für die Patient*innen gewesen, in der es sonst kaum Angebote für sie gegeben habe. Viele Patient*innen seien sehr dankbar für das Projekt gewesen. Ein Psychologe fand es gut, dass Patient*innen durch die telefonische Erreichbarkeit bzw. insbesondere das Online-Angebot des Projektes aufgefangen werden konnten. Diese Möglichkeit, sich auszutauschen und nach dem Befinden gefragt zu werden, war gerade für Suchtpatient*innen gut, da diese nur eingeschränkt soziale Kontakte gehabt hätten.

7. Evaluation der Adhärenzfaktoren

Ein Teil der befragten Proband*innen hatte vorab keine allgemeinen Erwartungen an SmartAssistEntz. Es berichteten jedoch 12 Teilnehmende, dass sie sich Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Alkoholabhängigkeit erhofften.

Von den beiden Interview-Teilnehmenden, die die Intervention abbrachen, gab ein Proband an, er habe aufgrund eines Rückfalls nicht mehr an der Intervention teilgenommen. Er sei nach dem Rückfall depressiv geworden und habe daher gar nichts mehr gemacht. Nachdem er dann bereits Coaching-Termine verpasst hatte, sei „eh schon Hopfen und Malz verloren“ gewesen. Im Interview stellte er fest, dass er denke, dass es hilfreich gewesen wäre, mit seinem Coach über den Rückfall zu sprechen, da er dann Unterstützung bekommen hätte und seine Motivation so vermutlich auch gestiegen wäre. Die andere Proband*in, die die Intervention abgebrochen hatte, nannte terminliche Schwierigkeiten als Grund für ihren Abbruch. Nach dem Verpassen eines vereinbarten Coaching-Termins habe sie sich nicht mehr um weitere Termine gekümmert, da sie sich zeitgleich bereits in einer Rehabilitationsmaßnahme befunden und daher keine Zeit mehr gehabt habe.

Als förderlich nahmen 15 Proband*innen die allgemeine Unterstützung durch den Coach wahr. Eine Teilnehmerin beschrieb dabei, dass sie es gut gefunden habe, mit dem Coach jemanden gehabt zu haben, der ihr zuhört und ganz individuell auf ihre Probleme eingeht. Auch die störungsspezifische Unterstützung wurde von sechs Befragten hervorgehoben. Neun Teilnehmende empfanden die regelmäßigen Gesprächsmöglichkeiten als hilfreich und fünf stellten die gute Beziehungsqualität zum Coach als wichtigen Aspekt heraus. Nur eine Person erwähnte einen hinderlichen Aspekt des Coachings, der sich in Unzufriedenheit mit Aufbau und Struktur der Gespräche äußerte. Jedoch fiel es dieser Probandin im Interview wiederholt schwer, zwischen den Coaching-Gesprächen und den telefonischen Evaluationsbefragungen zu unterscheiden. Auch die Aussagen zu dem hinderlichen Coaching-Faktor deuteten inhaltlich stark darauf hin, dass sie dabei von den telefonischen Befragungen sprach. Letztlich hätten sich 12 der Befragten eine längere Coaching-Dauer bzw. mehr Coaching-Gespräche gewünscht.

Bzgl. der Beziehung zwischen Coaches und Teilnehmenden beurteilte nur eine Proband*in die Beziehung zu ihrem Coach als negativ in der Form, dass sie mit ihrem Coach nicht auf einer Wellenlänge gewesen sei. Ansonsten wurde die Beziehung zum Coach durchwegs als positiv beschrieben. Entsprechend wurden die Coaches insgesamt als verständnisvoll, sympathisch, kompetent und vertrauenswürdig eingeschätzt. Die Teilnehmenden berichteten auch, dass sie insgesamt eine hohe Wertschätzung seitens der Coaches wahrgenommen hätten.

Bei den förderlichen Aspekten der App wurden von jeweils acht Teilnehmenden der Abstinenzzähler und das von ihnen als relevant erlebte Angebot an Trainings als besonders hilfreich erlebt. Ein Proband berichtete zum Abstinenzzähler, dass er es schön gefunden habe, einen Überblick darüber zu haben, wie lange er schon nicht getrunken habe. Die zeitliche Flexibilität empfanden fünf, die einfache Bedienbarkeit und die Erinnerungsfunktion jeweils 4 Befragte als förderlich. Jeweils drei Proband*innen nannten das Bewusstmachen der Erkrankung und die Hilfe nach einem möglichen Rückfall als hilfreiche Faktoren der App. Auch die allgemeine Unterstützung bei der Bewältigung der Erkrankung, die Verfügbarkeit der App in Krisensituationen sowie die Wiederholung von Aufgaben wurden von jeweils zwei Teilnehmenden als förderlich hervorgehoben. Drei Befragte berichteten von technischen Problemen als hinderlichen Aspekten der App, wobei zwei davon auch mit der Bedienbarkeit selbst unzufrieden waren. Eine Teilnehmerin hatte datenschutzrechtliche Bedenken. Die Inhalte der App wurden von zwei Proband*innen kritisiert, wobei die eine Person meinte, dass sich die Inhalte zu sehr wiederholen würden, während die andere Person sich bei manchen Aufgaben mit dem Verständnis des Inhalts schwergetan habe. Zwei Befragte gaben zudem an,

dass die Unterhaltung in der App zu kurz gekommen sei. Insgesamt 14 Proband*innen gaben jedoch keine hinderlichen App-Faktoren an.

Anlage 1: Selbstkonzipierte Fragen der Effektevaluation

T1

Hallo, hier ist Vorname Nachname. Ich rufe von der Studie SmartAssistEntz an. Spreche ich mit Vorname Nachname?

Nochmal vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir haben jetzt einen Termin für die X. Befragung.

Wie sie wissen, zeichnen wir die Gespräche auf, zum einen aus Qualitätszwecken und zum anderen brauche ich dann weniger mitschreiben. Ist dies für sie in Ordnung? Es ist wichtig, dass sie uns nicht verraten, in welcher Studiengruppe Sie sind, bitte achten Sie darauf, dass Sie keine Hinweise geben, ob Sie Zugang zur App hatten oder nicht.

Im Laufe des Gesprächs werden Fragen zu Ihren persönlichen Daten, Alkoholkonsum und Ihrem Wohlbefinden gestellt.

Ich werde immer erläutern, was zu tun ist. Bitte unterbrechen Sie mich aber, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist.

Denken Sie bitte auch daran, dass es hier keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Das Gespräch dauert etwa XX Minuten.

Einleitende Fragen

Möchten Sie eine Kontaktperson angeben, die wir bezüglich der Interviews kontaktieren können, für den Fall dass Sie nicht erreichbar sind? Diese Angabe ist natürlich freiwillig

- 1 = ja
- 0 = nein

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld

Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen

- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Drogenkonsum

Haben Sie seit dem letzten Interview Drogen konsumiert?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn ja, welche?

- Textfeld

Wenn ja, wie oft?

- 1 = einmal, 2 = gelegentlich, 3 = regelmäßig ein paar mal im Monat, 4 = regelmäßig ein paar Mal in der Woche, 5 = regelmäßig ein paar mal am Tag

Nikotinkonsum

Rauchen Sie zurzeit?

- 1 = ja, 0 = nein

Wie oft rauchen Sie?

- 1 = gelegentlich, 2 = ein paar Mal im Monat, 3 = ein paar Mal in der Woche, 4 = täglich

Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie?

- Freies Textfeld

Anschlussmaßnahme geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Abschluss

Wir sind mit dem Interview fast durch und haben noch eine kurze Nachfrage.

Bleiben Ihre Kontaktdaten in den nächsten Monaten bestehen?

- Ja (Beantwortung beenden), Nein (Fortfahren mit Fragen)

Falls nicht,...

neue Adresse

- Freier Text

Neue Handynummer

- Freier Text

Neue Emailadresse

- Freier Text

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

T2

Einleitende Fragen

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld

Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen

- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Nikotinkonsum

Rauchen Sie zurzeit?

- 1 = ja, 0 = nein

Wie oft rauchen Sie?

- 1 = gelegentlich, 2 = ein paar Mal im Monat, 3 = ein paar Mal in der Woche, 4 = täglich

Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie?

- Freies Textfeld

Entzug

Wie oft waren Sie seit dem letzten Interview in einer Entzugs-/ Entgiftungsbehandlung?

- Zahlenangabe

Medikation

Nehmen Sie aktuell verschriebene Medikamente ein?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn ja, ...welche? ...seit wann? ... wie lange noch?

- mehrfache kurze Texte

Anschlussmaßnahme geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Inanspruchnahme Anschlussmaßnahmen

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen stellen, die sich auf Hilfsangebote beziehen. Hilfsangebote können beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, eine Suchtberatungsstelle oder eine Entwöhnungstherapie sein

Haben Sie seit xx bis heute ein Hilfsangebot besucht? (T2: seit Ihrer Klinikentlassung; T3-T5: seit unserem letzten Gespräch)

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Hilfsangebote haben Sie seit xx besucht?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Freies Textfeld

Wenn ja: Welche Hilfsangebote haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe etc.)?

- 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase)
- 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden)
- 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen)
- 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen)
- 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn nein: Aus welchem Grund haben Sie kein Hilfsangebot nach xx aufgenommen?

- 1 = Kein Hilfsangebot besucht
- 2 = Zu wenig Wissen über Hilfsangebote
- 3 = Keinen Platz bekommen
- 4 = Auf der Warteliste
- 5 = Keine Lust, nach einem Hilfsangebot zu suchen
- 6 = Keine Lust auf den Besuch eines Hilfsangebots
- 7 = Hält Hilfsangebot für nicht sinnvoll; Sonstiges

Wenn nein: Was hätte Ihnen zusätzlich geholfen, ein Hilfsangebot aufzusuchen? Beispielsweise mehr Informationen, Unterstützung bei der Aufnahme, ...

- Freies Textfeld

Haben Sie die Teilnahme an einem der von Ihnen aufgenommenen Hilfsangebote abgebrochen?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie abgebrochen?

- 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase)
- 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrighschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden)
- 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen)
- 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen)
- 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie die Teilnahme am Hilfsangebot abgebrochen?

- 1 = Keine Lust mehr
- 2 = zu zeitaufwändig
- 3 = zu kostenaufwändig
- 4 = Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden
- 5 = Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden
- 6 = Hilfsangebot war zu weit entfernt; Sonstiges

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese zunächst für das erstgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Gab es auch Termine, die Sie nicht wahrgenommen haben?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Termine haben Sie nicht wahrgenommen?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Aus welchen Gründen haben Sie diese Termine nicht wahrgenommen?

- Freies Textfeld

Aus welchem Grund haben Sie das Hilfsangebot aufgenommen? (Hinweis für Teilnehmende: Bitte geben Sie ehrlich an, ob die Aufnahme aus Ihrem inneren Bedürfnis heraus entstanden ist oder ob andere Faktoren eine Rolle gespielt haben, beispielsweise das Zufriedenstellen von Angehörigen, Rentenbegehren, Mangel an Alternativen, räumliche Nähe)

- Freies Textfeld

Was war Ihr Ziel, an dem entsprechenden Hilfsangebot teilzunehmen?

- Freies Textfeld

Wie überzeugt waren Sie vor der Aufnahme des Hilfsangebots davon, dass Ihnen dieses bei der Erreichung Ihres Ziels helfen könnte?

- 1 = nicht überzeugt
- 2 = wenig überzeugt
- 3 = teilweise überzeugt
- 4 = überzeugt
- 5 = sehr überzeugt

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei der Auswahl des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei dem tatsächlichen Aufnehmen des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich war für Sie das Besuchen/die Teilnahme an dem Hilfsangebot?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Was hat Ihnen bei Ihrem Hilfsangebot besonders gut gefallen?

- Freies Textfeld

Was finden Sie bei Ihrem Hilfsangebot verbesserungswürdig beziehungsweise was hätten Sie noch gebraucht?

- Freies Textfeld

Gab es durch das Aufsuchen des Hilfsangebots auch Verschlechterungen? (Hinweis für Teilnehmende: Beispielsweise, dass Sie über die Effekte oder den Inhalt des Hilfsangebots enttäuscht oder resigniert waren; dass Sie in Kontakt mit anderen Personen gekommen sind, die Ihnen nicht gut tun etc.)

- Freies Textfeld

Würden Sie Freunden oder Bekannten empfehlen, Appstinence sowie den Coach zu nutzen, um ein geeignetes Hilfsangebot zu finden und aufzunehmen?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese für das zweitgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numereisches Textfeld

etc...

Anschlussmaßnahmen Motivation

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, warum Sie ein Hilfsangebot besucht haben. Falls Sie nicht mehr an dem Hilfsangebot teilnehmen, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie Sie sich zu Beginn der Teilnahme an dem Hilfsangebot gefühlt haben. Bitte bewerten Sie die jeweiligen Aussagen auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme vollkommen zu).

Ich habe beschlossen, an [Name des Hilfsangebots] teilzunehmen, weil ich daran interessiert war, Hilfe zu bekommen.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch

- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil ich wirklich einige Veränderungen in meinem Leben vornehmen möchte.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil es für mich persönlich wichtig ist, meine Alkoholerkrankung zu bewältigen.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe vor [Name des Hilfsangebots] durchzuziehen, weil ich mich wirklich dafür entscheiden möchte, Alkohol nicht übermäßig zu konsumieren.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil ich mich selbst weniger mögen werde, außer ich bekomme meine Alkoholerkrankung unter Kontrolle.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich nehme mir vor, am [Name des Hilfsangebots] weiterhin teilzunehmen, weil ich mich sonst schämen würde, wenn ich es nicht täte.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Wenn ich weiterhin am [Name des Hilfsangebots] teilnehme, dann wahrscheinlich deshalb, weil ich mich wie ein Versager fühlen werde, wenn ich es nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch

- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe vor [Name des Hilfsangebots] durchzuziehen, weil ich wirklich die Entscheidung treffen möchte, Alkohol nicht übermäßig zu konsumieren.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Wenn ich weiterhin am [Name des Hilfsangebots] teilnehme, dann wahrscheinlich, weil andere wütend auf mich sein werden, wenn ich es nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Der Grund, warum ich [Name des Hilfsangebots] besuche, ist, dass andere Menschen mich unter Druck gesetzt haben.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe zugestimmt, ein [Name des Hilfsangebots] in Anspruch zu nehmen, weil ich mit meinen Freunden und meiner Familie in Schwierigkeiten geraten werde, wenn ich dies nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe der Teilnahme an [Name des Hilfsangebots] zugestimmt, weil ich unter Druck gesetzt wurde.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Empfundene Nützlichkeit

- Wie nützlich empfanden Sie die App in den letzten 3 Wochen?
- 1 = nicht nützlich
- 2 = wenig nützlich

- 3 = mäßig nützlich
- 4 = nützlich
- 5 = sehr nützlich

Wie nützlich empfanden Sie das Coaching in den letzten 3 Wochen?

- 1 = nicht nützlich
- 2 = wenig nützlich
- 3 = mäßig nützlich
- 4 = nützlich
- 5 = sehr nützlich

Abschluss

Wir sind mit dem Interview fast durch und haben noch eine kurze Nachfrage.

Bleiben Ihre Kontaktdaten in den nächsten Monaten bestehen?

- Ja (Beantwortung beenden), Nein (Fortfahren mit Fragen)

Falls nicht,...

neue Adresse

- Freier Text

Neue Handynummer

- Freier Text

Neue Emailadresse

- Freier Text

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

Wirkte die Person während des Gesprächs intoxikiert? (nicht zu T1)

- Ja, Nein

T3.1

Hallo, hier ist Vorname Nachname. Ich rufe von der Studie SmartAssistEntz an. Spreche ich mit Vorname Nachname?

Nochmal vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir haben jetzt einen Termin für die X. Befragung.

Wie sie wissen, zeichnen wir die Gespräche auf, zum einen aus Qualitätszwecken und zum anderen brauche ich dann weniger mitschreiben. Ist dies für sie in Ordnung? Es ist wichtig, dass sie uns nicht verraten, in welcher Studiengruppe Sie sind, bitte achten Sie darauf, dass Sie keine Hinweise geben, ob Sie Zugang zur App hatten oder nicht.

Im Laufe des Gesprächs werden Fragen zu Ihren persönlichen Daten, Alkoholkonsum und Ihrem Wohlbefinden gestellt.

Ich werde immer erläutern, was zu tun ist. Bitte unterbrechen Sie mich aber, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist.

Denken Sie bitte auch daran, dass es hier keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Das Gespräch dauert etwa XX Minuten.

Einleitende Fragen

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld
- Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?
- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Drogenkonsum

Haben Sie seit dem letzten Interview Drogen konsumiert?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn ja, welche?

- Textfeld

Wenn ja, wie oft?

- 1 = einmal, 2 = gelegentlich, 3 = regelmäßig ein paar mal im Monat, 4 = regelmäßig ein paar Mal in der Woche, 5 = regelmäßig ein paar mal am Tag

Nikotinkonsum

Rauchen Sie zurzeit?

- 1 = ja, 0 = nein

Wie oft rauchen Sie?

- 1 = gelegentlich, 2 = ein paar Mal im Monat, 3 = ein paar Mal in der Woche, 4 = täglich

Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie?

- Freies Textfeld

Entzug

Wie oft waren Sie seit dem letzten Interview in einer Entzugs-/ Entgiftungsbehandlung?

- Zahlenangabe

Anschlussmaßnahmen geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Abschluss

Wir sind mit dem Interview fast durch und haben noch eine kurze Nachfrage.

Bleiben Ihre Kontaktdaten in den nächsten Monaten bestehen?

- Ja (Beantwortung beenden), Nein (Fortfahren mit Fragen)

Falls nicht,...

neue Adresse

- Freier Text

Neue Handynummer

- Freier Text

Neue Emailadresse

- Freier Text

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

Rate, in welcher Gruppe der Proband ist

- A1=KG, A2=IG

Wurdest du durch den Probanden im Interview entblindet?

- Ja, Nein

Wirkte die Person während des Gesprächs intoxikiert? (nicht zu T1)

- Ja, Nein

T3.2

Einleitende Fragen

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld

Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen

- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Entzug

Wie oft waren Sie seit dem letzten Interview in einer Entzugs-/ Entgiftungsbehandlung?

- Zahlenangabe

Anschlussmaßnahmen geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Inanspruchnahme Anschlussmaßnahmen

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen stellen, die sich auf Hilfsangebote beziehen. Hilfsangebote können beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, eine Suchtberatungsstelle oder eine Entwöhnungstherapie sein

Haben Sie seit xx bis heute ein Hilfsangebot besucht? (T2: seit Ihrer Klinikentlassung; T3-T5: seit unserem letzten Gespräch)

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Hilfsangebote haben Sie seit xx besucht?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Freies Textfeld

Wenn ja: Welche Hilfsangebote haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe etc.)?

• 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionphase)

- 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden)
- 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen)
- 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen)
- 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn nein: Aus welchem Grund haben Sie kein Hilfsangebot nach xx aufgenommen?

- 1 = Kein Hilfsangebot besucht
- 2 = Zu wenig Wissen über Hilfsangebote
- 3 = Keinen Platz bekommen
- 4 = Auf der Warteliste
- 5 = Keine Lust, nach einem Hilfsangebot zu suchen
- 6 = Keine Lust auf den Besuch eines Hilfsangebots
- 7 = Hält Hilfsangebot für nicht sinnvoll; Sonstiges

Wenn nein: Was hätte Ihnen zusätzlich geholfen, ein Hilfsangebot aufzusuchen? Beispielsweise mehr Informationen, Unterstützung bei der Aufnahme, ...

- Freies Textfeld

Haben Sie die Teilnahme an einem der von Ihnen aufgenommenen Hilfsangebote abgebrochen?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie abgebrochen?

- 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase)
- 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden)
- 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen)
- 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen)
- 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie die Teilnahme am Hilfsangebot abgebrochen?

- 1 = Keine Lust mehr
- 2 = zu zeitaufwändig
- 3 = zu kostenaufwändig
- 4 = Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden
- 5 = Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden
- 6 = Hilfsangebot war zu weit entfernt; Sonstiges

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese zunächst für das erstgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Gab es auch Termine, die Sie nicht wahrgenommen haben?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Termine haben Sie nicht wahrgenommen?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Aus welchen Gründen haben Sie diese Termine nicht wahrgenommen?

- Freies Textfeld

Aus welchem Grund haben Sie das Hilfsangebot aufgenommen? (Hinweis für Teilnehmende: Bitte geben Sie ehrlich an, ob die Aufnahme aus Ihrem inneren Bedürfnis heraus entstanden ist oder ob andere Faktoren eine Rolle gespielt haben, beispielsweise das Zufriedenstellen von Angehörigen, Rentenbegehren, Mangel an Alternativen, räumliche Nähe)

- Freies Textfeld

Was war Ihr Ziel, an dem entsprechenden Hilfsangebot teilzunehmen?

- Freies Textfeld

Wie überzeugt waren Sie vor der Aufnahme des Hilfsangebots davon, dass Ihnen dieses bei der Erreichung Ihres Ziels helfen könnte?

- 1 = nicht überzeugt
- 2 = wenig überzeugt
- 3 = teilweise überzeugt
- 4 = überzeugt
- 5 = sehr überzeugt

Wie hilfreich waren die appstinance-App und Ihr Coach bei der Auswahl des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich waren die appstinance-App und Ihr Coach bei dem tatsächlichen Aufnehmen des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich war für Sie das Besuchen/die Teilnahme an dem Hilfsangebot?

- 1 = nicht hilfreich
- 2 = wenig hilfreich
- 3 = teilweise hilfreich
- 4 = hilfreich
- 5 = sehr hilfreich

Was hat Ihnen bei Ihrem Hilfsangebot besonders gut gefallen?

- Freies Textfeld

Was finden Sie bei Ihrem Hilfsangebot verbesserungswürdig beziehungsweise was hätten Sie noch gebraucht?

- Freies Textfeld

Gab es durch das Aufsuchen des Hilfsangebots auch Verschlechterungen? (Hinweis für Teilnehmende: Beispielsweise, dass Sie über die Effekte oder den Inhalt des Hilfsangebots enttäuscht oder resigniert waren; dass Sie in Kontakt mit anderen Personen gekommen sind, die Ihnen nicht gut tun etc.)

- Freies Textfeld

Würden Sie Freunden oder Bekannten empfehlen, Appstinance sowie den Coach zu nutzen, um ein geeignetes Hilfsangebot zu finden und aufzunehmen?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese für das zweitgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numereisches Textfeld

etc...

Anschlussmaßnahmen Motivation

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, warum Sie ein Hilfsangebot besucht haben. Falls Sie nicht mehr an dem Hilfsangebot teilnehmen, beantworten Sie bitte die Fragen so, wie Sie sich zu Beginn der Teilnahme an dem Hilfsangebot gefühlt haben. Bitte bewerten Sie die jeweiligen Aussagen auf einer Skala von 1 (stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (stimme vollkommen zu).

Ich habe beschlossen, an [Name des Hilfsangebots] teilzunehmen, weil ich daran interessiert war, Hilfe zu bekommen.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil ich wirklich einige Veränderungen in meinem Leben vornehmen möchte.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil es für mich persönlich wichtig ist, meine Alkoholerkrankung zu bewältigen.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe vor [Name des Hilfsangebots] durchzuziehen, weil ich mich wirklich dafür entscheiden möchte, Alkohol nicht übermäßig zu konsumieren.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe mich für [Name des Hilfsangebots] entschieden, weil ich mich selbst weniger mögen werde, außer ich bekomme meine Alkoholerkrankung unter Kontrolle.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich nehme mir vor, am [Name des Hilfsangebots] weiterhin teilzunehmen, weil ich mich sonst schämen würde, wenn ich es nicht täte.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Wenn ich weiterhin am [Name des Hilfsangebots] teilnehme, dann wahrscheinlich deshalb, weil ich mich wie ein Versager fühlen werde, wenn ich es nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe vor [Name des Hilfsangebots] durchzuziehen, weil ich wirklich die Entscheidung treffen möchte, Alkohol nicht übermäßig zu konsumieren.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Wenn ich weiterhin am [Name des Hilfsangebots] teilnehme, dann wahrscheinlich, weil andere wütend auf mich sein werden, wenn ich es nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Der Grund, warum ich [Name des Hilfsangebots] besuche, ist, dass andere Menschen mich unter Druck gesetzt haben.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe zugestimmt, ein [Name des Hilfsangebots] in Anspruch zu nehmen, weil ich mit meinen Freunden und meiner Familie in Schwierigkeiten geraten werde, wenn ich dies nicht tue.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Ich habe der Teilnahme an [Name des Hilfsangebots] zugestimmt, weil ich unter Druck gesetzt wurde.

- 1 = Stimme überhaupt nicht zu,
- 2 = Stimme nicht zu
- 3 = Stimme teilweise nicht zu
- 4 = weder noch
- 5 = Stimme teilweise zu
- 6 = Stimme zu
- 7 = Stimme vollkommen zu

Dropout Gründe & Trainingsdauer nur in der Interventionsgruppe

Empfundene Nützlichkeit

- Wie nützlich empfanden Sie die App in den letzten 3 Wochen?
- 1 = nicht nützlich
- 2 = wenig nützlich
- 3 = mäßig nützlich
- 4 = nützlich
- 5 = sehr nützlich

Wie nützlich empfanden Sie das Coaching in den letzten 3 Wochen?

- 1 = nicht nützlich
- 2 = wenig nützlich
- 3 = mäßig nützlich
- 4 = nützlich
- 5 = sehr nützlich

Abschluss

Wir sind mit dem Interview fast durch und haben noch eine kurze Nachfrage.

Bleiben Ihre Kontaktdaten in den nächsten Monaten bestehen?

- Ja (Beantwortung beenden), Nein (Fortfahren mit Fragen)

Falls nicht,...

neue Adresse

- Freier Text

Neue Handynummer

- Freier Text

Neue Emailadresse

- Freier Text

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

Wirkte die Person während des Gesprächs intoxikiert? (nicht zu T1)

Ja, Nein

T4

Einleitende Fragen

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld

Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen

- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Drogenkonsum

Haben Sie seit dem letzten Interview Drogen konsumiert?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn ja, welche?

- Textfeld

Wenn ja, wie oft?

- 1 = einmal, 2 = gelegentlich, 3 = regelmäßig ein paar mal im Monat, 4 = regelmäßig ein paar Mal in der Woche, 5 = regelmäßig ein paar mal am Tag

Nikotinkonsum

Rauchen Sie zurzeit?

- 1 = ja, 0 = nein

Wie oft rauchen Sie?

- 1 = gelegentlich, 2 = ein paar Mal im Monat, 3 = ein paar Mal in der Woche, 4 = täglich

Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie?

- Freies Textfeld

Entzug

Wie oft waren Sie seit dem letzten Interview in einer Entzugs-/ Entgiftungsbehandlung?

- Zahlenangabe

Anschlussmaßnahmen geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Inanspruchnahme Anschlussmaßnahmen

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen stellen, die sich auf Hilfsangebote beziehen. Hilfsangebote können beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, eine Suchtberatungsstelle oder eine Entwöhnungstherapie sein

Haben Sie seit xx bis heute ein Hilfsangebot besucht? (T2: seit Ihrer Klinikentlassung; T3-T5: seit unserem letzten Gespräch)

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Hilfsangebote haben Sie seit xx besucht?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Freies Textfeld

Wenn ja: Welche Hilfsangebote haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Optionsfeld: 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase), 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden), 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen), 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen), 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn nein: Aus welchem Grund haben Sie kein Hilfsangebot nach xx aufgenommen?

- Optionsfeld: 1 = Kein Hilfsangebot besucht; 2 = Zu wenig Wissen über Hilfsangebote; 3 = Keinen Platz bekommen; 4 = Auf der Warteliste; 5 = Keine Lust, nach einem Hilfsangebot zu suchen; 6 = Keine Lust auf den Besuch eines Hilfsangebots; 7 = Hält Hilfsangebot für nicht sinnvoll; Sonstiges

Wenn nein: Was hätte Ihnen zusätzlich geholfen, ein Hilfsangebot aufzusuchen? Beispielsweise mehr Informationen, Unterstützung bei der Aufnahme, ...

- Freies Textfeld

Haben Sie die Teilnahme an einem der von Ihnen aufgenommenen Hilfsangebote abgebrochen?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie abgebrochen?

- Optionsfeld: 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase), 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie zB Streetwork, Kontaktläden), 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen), 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen), 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie die Teilnahme am Hilfsangebot abgebrochen?

- Optionsfeld: 1 = Keine Lust mehr; 2 = zu zeitaufwändig; 3 = zu kostenaufwändig; 4 = Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden; 5 = Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden; 6 = Hilfsangebot war zu weit entfernt; Sonstiges

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese zunächst für das erstgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Feld

Gab es auch Termine, die Sie nicht wahrgenommen haben?

- 0 = Nein, 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Termine haben Sie nicht wahrgenommen?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Aus welchen Gründen haben Sie diese Termine nicht wahrgenommen?

- Freies Textfeld

Aus welchem Grund haben Sie das Hilfsangebot aufgenommen? (Hinweis für Teilnehmende: Bitte geben Sie ehrlich an, ob die Aufnahme aus Ihrem inneren Bedürfnis heraus entstanden ist oder ob andere Faktoren eine Rolle gespielt haben, beispielsweise das Zufriedenstellen von Angehörigen, Rentenbegehren, Mangel an Alternativen, räumliche Nähe)

- Freies Textfeld

Was war Ihr Ziel, an dem entsprechenden Hilfsangebot teilzunehmen?

- Freies Textfeld

Wie überzeugt waren Sie vor der Aufnahme des Hilfsangebots davon, dass Ihnen dieses bei der Erreichung Ihres Ziels helfen könnte?

- 1 = nicht überzeugt, 2 = wenig überzeugt, 3 = teilweise überzeugt, 4 = überzeugt, 5 = sehr überzeugt

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei der Auswahl des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei dem tatsächlichen Aufnehmen des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich war für Sie das Besuchen/die Teilnahme an dem Hilfsangebot?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Was hat Ihnen bei Ihrem Hilfsangebot besonders gut gefallen?

- Freies Textfeld

Was finden Sie bei Ihrem Hilfsangebot verbesserungswürdig beziehungsweise was hätten Sie noch gebraucht?

- Freies Textfeld

Gab es durch das Aufsuchen des Hilfsangebots auch Verschlechterungen? (Hinweis für Teilnehmende: Beispielsweise, dass Sie über die Effekte oder den Inhalt des Hilfsangebots enttäuscht oder resigniert waren; dass Sie in Kontakt mit anderen Personen gekommen sind, die Ihnen nicht gut tun etc.)

- Freies Textfeld

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese für das zweitgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Textfeld

etc...

Abschluss

Wir sind mit dem Interview fast durch und haben noch eine kurze Nachfrage.

Blieben Ihre Kontaktdaten in den nächsten Monaten bestehen?

- Ja (Beantwortung beenden), Nein (Fortfahren mit Fragen)

Falls nicht,...

neue Adresse

- Freier Text

Neue Handynummer

- Freier Text

Neue Emailadresse

- Freier Text

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

Rate, in welcher Gruppe der Proband ist

- A1=KG, A2=IG

Wurdest du durch den Probanden im Interview entblindet?

- Ja, Nein

Wirkte die Person während des Gesprächs intoxikiert? (nicht zu T1)

- Ja, Nein

T5

Hallo, hier ist Vorname Nachname. Ich rufe von der Studie SmartAssistEntz an. Spreche ich mit Vorname Nachname?

Nochmal vielen Dank, dass Sie an unserer Studie teilnehmen. Wir haben jetzt einen Termin für die X. Befragung.

Wie sie wissen, zeichnen wir die Gespräche auf, zum einen aus Qualitätszwecken und zum anderen brauche ich dann weniger mitschreiben. Ist dies für sie in Ordnung? Es ist wichtig, dass sie uns nicht verraten, in welcher Studiengruppe Sie sind, bitte achten Sie darauf, dass Sie keine Hinweise geben, ob Sie Zugang zur App hatten oder nicht.

Im Laufe des Gesprächs werden Fragen zu Ihren persönlichen Daten, Alkoholkonsum und Ihrem Wohlbefinden gestellt.

Ich werde immer erläutern, was zu tun ist. Bitte unterbrechen Sie mich aber, wenn Sie etwas nicht verstehen oder wenn Ihnen etwas unklar ist.

Denken Sie bitte auch daran, dass es hier keine richtigen oder falschen Antworten gibt.

Das Gespräch dauert etwa XX Minuten.

Einleitende Fragen

1 = ja, 0 = nein

Haben Sie heute Alkohol getrunken?

- 1 = ja, 0 = nein

Sehen Sie sich in der Lage, das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn nein, warum nicht?

- Textfeld

Sehen Sie sich dennoch in der Lage das Interview durchzuführen?

- 1 = ja, 0 = nein

Auswirkungen Corona

Beziehung/Partnerschaft

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkunge
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen

- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Kindererziehung

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkung
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Soziale Kontakte: Freunde, Bekannte und Verwandte

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Job/Beruf

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Finanzielle Situation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Gesundheit

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Freizeitaktivitäten (Hobbies, Ehrenamt) Aufnahme von Hilfsangeboten Abstinenz

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Umgang mit Suchtverlangen Abstinenzmotivation

- 1 = Sehr negative Auswirkungen
- 2 = Negative Auswirkungen
- 3 = Keine Auswirkungen
- 4 = Positive Auswirkungen
- 5 = Sehr positive Auswirkungen

Wenn Sie seit Beginn der Corona-Pandemie Alkohol getrunken haben: Wie sehr würden Sie dies auf die Auswirkungen der Corona-Pandemie zurückführen auf einer Skala von 1 (keine Auswirkungen) bis 5 (sehr hohe Auswirkungen)?

- 1 = keine Auswirkungen
- 2 = geringe Auswirkungen
- 3 = mittlere Auswirkungen
- 4 = Hohe Auswirkungen
- 5 = Sehr hohe Auswirkungen

Drogenkonsum

Haben Sie seit dem letzten Interview Drogen konsumiert?

- 1 = ja, 0 = nein

Wenn ja, welche?

- Textfeld

Wenn ja, wie oft?

- 1 = einmal, 2 = gelegentlich, 3 = regelmäßig ein paar mal im Monat, 4 = regelmäßig ein paar Mal in der Woche, 5 = regelmäßig ein paar mal am Tag

Nikotinkonsum

Rauchen Sie zurzeit?

- 1 = ja, 0 = nein

Wie oft rauchen Sie?

- 1 = gelegentlich, 2 = ein paar Mal im Monat, 3 = ein paar Mal in der Woche, 4 = täglich

Wie viele Zigaretten am Tag rauchen Sie?

- Freies Textfeld

Entzug

Wie oft waren Sie seit dem letzten Interview in einer Entzugs-/Entgiftungsbehandlung?

- Zahleneingabe

Anschlussmaßnahmen geplant

Haben Sie im Anschluss an Ihre Entzugsbehandlung die Aufnahme von Hilfsangeboten geplant, die Ihnen beim Umgang mit Ihrer Alkoholabhängigkeit helfen?

- 0=Nein, 1=Ja

Falls ja angegeben wurde: Um welches Hilfsangebot bzw. welche Hilfsangebote handelt es sich?

- Langer freier Text

Inanspruchnahme Anschlussmaßnahmen

Ich würde Ihnen nun gerne einige Fragen stellen, die sich auf Hilfsangebote beziehen. Hilfsangebote können

beispielsweise eine Selbsthilfegruppe, eine Suchtberatungsstelle oder eine Entwöhnungstherapie sein.

Haben Sie seit xx bis heute ein Hilfsangebot besucht? (T2: seit Ihrer Klinikentlassung; T3-T5: seit unserem letzten Gespräch)

- 0 = Nein

- 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Hilfsangebote haben Sie seit xx besucht?

- Numerisches Textfeld

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstellen, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Freies Textfeld

Wenn ja: Welche Hilfsangebote haben Sie besucht (z.B. Suchtberatungsstelle, Selbsthilfegruppe etc.)?

- Optionsfeld: 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionsphase), 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden), 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen), 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen), 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn nein: Aus welchem Grund haben Sie kein Hilfsangebot nach xx aufgenommen?

- Optionsfeld: 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionphase), 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie z.B. Streetwork, Kontaktläden), 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen), 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen), 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)
- Wenn nein: Was hätte Ihnen zusätzlich geholfen, ein Hilfsangebot aufzusuchen? Beispielsweise mehr Informationen, Unterstützung bei der Aufnahme, ...

- Freies Textfeld

Haben Sie die Teilnahme an einem der von Ihnen aufgenommenen Hilfsangebote abgebrochen?

- Freies Textfeld

Wenn ja: Welches Hilfsangebot haben Sie abgebrochen?

- Optionsfeld: 1 = Medizinische Rehabilitation (Ambulante Entwöhnung, Stationäre Entwöhnung, Adaptionphase), 2 = Beratung (Suchtberatungsstellen, Gesundheitsämter, Sozialpsychiatrische Dienste, Soziale Dienste in Krankenhäusern, Betriebliche Suchtkrankenhilfe, Beratung durch Rehabilitationsträger oder gemeinsame Servicestellen, niedrigschwellige Angebote wie zB Streetwork, Kontaktläden), 3 = Berufliche Rehabilitation (Berufsbildungs- und Berufsförderungswerk, Integrationsämter, Integrationsfachdienste/projekte, Berufliche Trainingszentren, Werkstätten für behinderte Menschen), 4 = Nachsorge (Nachsorge durch Rehabilitationsträger, Ambulante Weiterbehandlung, Selbsthilfegruppen), 5 = Komplementäre Hilfen (Wohngemeinschaften, Betreutes Wohnen, Übergangseinrichtungen, Soziotherapeutische Heime, Wohnheime)

Wenn ja: Aus welchem Grund haben Sie die Teilnahme am Hilfsangebot abgebrochen?

- Optionsfeld: 1 = Keine Lust mehr; 2 = zu zeitaufwändig; 3 = zu kostenaufwändig; 4 = Mit Therapeut/Leiter nicht verstanden; 5 = Mit anderen Teilnehmern nicht verstanden; 6 = Hilfsangebot war zu weit entfernt; Sonstiges

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese zunächst für das erstgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

- Numerisches Textfeld

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Textfeld

Wie viele Stunden haben Sie durchschnittlich an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numerisches Textfeld

Gab es auch Termine, die Sie nicht wahrgenommen haben?

- 0 = Nein

- 1 = Ja

Wenn ja: Wie viele Termine haben Sie nicht wahrgenommen?

- Numerisches Feld

Wenn ja: Aus welchen Gründen haben Sie diese Termine nicht wahrgenommen?

- Freies Textfeld

Aus welchem Grund haben Sie das Hilfsangebot aufgenommen? (Hinweis für Teilnehmende: Bitte geben Sie ehrlich an, ob die Aufnahme aus Ihrem inneren Bedürfnis heraus entstanden ist oder ob andere Faktoren eine Rolle gespielt haben, beispielsweise das Zufriedenstellen von Angehörigen, Rentenbegehren, Mangel an Alternativen, räumliche Nähe)

- Freies Textfeld

Was war Ihr Ziel, an dem entsprechenden Hilfsangebot teilzunehmen?

- Freies Textfeld

Wie überzeugt waren Sie vor der Aufnahme des Hilfsangebots davon, dass Ihnen dieses bei der Erreichung Ihres Ziels helfen könnte?

- 1 = nicht überzeugt, 2 = wenig überzeugt, 3 = teilweise überzeugt, 4 = überzeugt, 5 = sehr überzeugt

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei der Auswahl des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich waren die appstinence-App und Ihr Coach bei dem tatsächlichen Aufnehmen des Hilfsangebots?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Wie hilfreich war für Sie das Besuchen/die Teilnahme an dem Hilfsangebot?

- 1 = nicht hilfreich, 2 = wenig hilfreich, 3 = teilweise hilfreich, 4 = hilfreich, 5 = sehr hilfreich

Was hat Ihnen bei Ihrem Hilfsangebot besonders gut gefallen?

- Freies Textfeld

Was finden Sie bei Ihrem Hilfsangebot verbesserungswürdig beziehungsweise was hätten Sie noch gebraucht?

- Freies Textfeld

Gab es durch das Aufsuchen des Hilfsangebots auch Verschlechterungen? (Hinweis für Teilnehmende: Beispielsweise, dass Sie über die Effekte oder den Inhalt des Hilfsangebots enttäuscht oder resigniert waren; dass Sie in Kontakt mit anderen Personen gekommen sind, die Ihnen nicht gut tun etc.)

- Freies Textfeld

Ich werde Ihnen nun einige Fragen stellen, bitte beantworten Sie diese für das zweitgenannte Hilfsangebot, das heißt für [Namen des Hilfsangebots, wie Patient dieses nennt, wiederholen, siehe am01b]. Wir werden die Fragen auch für Hilfsangebote durchgehen, die Sie abgebrochen haben. (Hinweis für Interviewführende: Ab hier statt "Hilfsangebot" die Bezeichnung des entsprechenden Hilfsangebots (z.B. Selbsthilfegruppe) verwenden)

Wieviele Male haben Sie an dem Hilfsangebot teilgenommen?

- Numereisches Textfeld

etc...

Abschluss

Wir sind mit dem Interview am Ende.

Haben Sie noch Fragen?

- Ja (Fortfahren mit Fragen), Nein (Beantwortung beenden)

Fragen/Anmerkungen des Teilnehmers

- Freier Text

Wir sind nun am Ende des Interviews. Nun bitte ich Sie, mir die nötigen Informationen zur Auszahlung der Aufwandsentschädigung mitzuteilen. Dies kann Ihre IBAN oder die IBAN einer Vertrauensperson sein. Alternativ schicken wir Ihnen ein Dokument zu, mit dem Sie das Geld persönlich in Bamberg abholen können. Bitte bedenken Sie, dass es ein paar Wochen dauern kann, bis Sie das Geld auf Ihrem Konto sehen. Waren Sie bisher in der Kontrollgruppe, also hatten die App nicht? Sie erhalten in Kürze eine Mail mit den weiteren Schritten, sodass Sie dann auch die App nutzen können. Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen und an unserer Studie teilgenommen haben. Wir wünschen Ihnen alles Gute!

Auffälligkeiten

Gab es während der Befragung irgendwelche Auffälligkeiten?

- Ja, Nein

Rate, in welcher Gruppe der Proband ist

- A1=KG, A2=IG

Wurdest du durch den Probanden im Interview entblindet?

- Ja, Nein

Wirkte die Person während des Gesprächs intoxikiert? (nicht zu T1)

- Ja, Nein

Anlage 2: Struktur- und Prozessevaluation - Semistrukturierter Interviewleitfaden Leistungserbringer

Kurze Begrüßung

Hallo [Name des Interviewpartners],

vielen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen. Ziel des Termins ist es, Ihre Eindrücke und Erfahrungen zu den Abläufen und Strukturen im Projekt SmartAssistEntz zu sammeln. Zunächst möchten wir kurz auf ihre Rolle im Projekt eingehen und Sie danach zu den verschiedenen Interventionskomponenten der neuen Versorgungsform befragen.

Bevor wir beginnen: Wir zeichnen das Telefoninterview gemäß der Einwilligungserklärung und den Datenschutzbestimmungen auf.

Ihre schriftliche Einwilligung liegt uns bereits vor.

Gibt es von Ihrer Seite zu diesem Zeitpunkt noch Fragen?

Sofern Sie keine Fragen haben, können wir gerne mit der Befragung beginnen.

Interviewleitfaden

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
Einleitung	Bitte schildern Sie mir, wie Sie im Projekt SmartAssistEntz involviert waren. Wie sind Sie auf das Projekt aufmerksam geworden und was hat Sie zur Teilnahme bewegt?	<ul style="list-style-type: none">• Welche Tätigkeit übten sie aus? (Klinikpsychologe, eCoach)• Was waren ihre Erwartungen an das Projekt SmartAssistEntz und an die neue Versorgungsform?	

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
Themenblock Screeningprozess (Klinikpsychologen)	Wie haben Sie den Einschreibungsprozess empfunden?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Schwierigkeiten haben sie im Einschreibungsprozess erlebt? • Wie bewerten Sie den Zeitaufwand? • Stellte die Intervention einen Mehraufwand dar im Vergleich zur Regelversorgung? • Wie bewerten Sie die Informationen zum Projekt und zur App, die Ihnen seitens des Projekts zum Studieninformationsgespräch bereitgestellt wurden? 	
	Wie haben Patienten auf das Angebot zur Teilnahme am Projekt SmartAssistEntz reagiert?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Erwartungshaltung hatten die Patienten? • Gab es Unterschiede zwischen Patientengruppen? • Welche Schwierigkeiten traten beim Einschreibeprozess auf? 	
Themenblock Coaching (Coaches)	Was waren Ihre Erwartungen zum Coaching als Teil der Intervention?	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist Ihnen besonders aufgefallen oder in Erinnerung geblieben? • Wie wurde das Coaching von den Patienten angenommen? Wie wirkte sich das Coaching Ihrer Ansicht nach auf die Aufnahme einer Anschlussbehandlung aus? Hat die Auswahl und die Anzeige der Kontaktdaten der Einrichtung dazu geführt, dass Patienten diese Einrichtungen eher aufsuchten? Gab es hier Unterschiede zu den Patienten in der Regelversorgung? 	
	Wie haben Sie das eCoaching in der Praxis empfunden?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Häufigkeit und Intensität der Patientengespräche? • Sind 6 wöchentliche Kontakte á 30 Minuten zu wenig/viel? Gab es Fälle, in denen Patienten öfter bzw. über die 6 Wochen Interventionszeit hinaus beraten wurden (bspw. bei Abbruch einer Therapie)? • Falls während Corona telemedizinisch behandelt wurde: Wie unterscheidet sich die Fernbehandlung in der Regelversorgung zur telemedizinischen Versorgung in SmartAssistEntz? 	

Thema Leitfrage

Ergänzende Frage

Aufrechterhaltungsfrage

- Wie ließ sich die Patientenbetreuung durch die App in Ihr übliches Tagesgeschäft einbinden?

Wie würden Sie das eCoaching abschließend bewerten?

Wenn ja, warum?

Wurden Ihre Erwartungen erfüllt?

Wenn nein, warum nicht?

App

Coaches: Beschreiben Sie Ihre Erwartungen an die App, bevor Sie sie genutzt haben.

- Waren Sie im Vorfeld neugierig auf die zweite App-Version?
- Waren Sie ängstlich oder skeptisch?
- Hatten Sie Interesse an der App?

Wenn ja, warum?

Wenn nein, warum nicht?

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
	Coaches: Erzählen Sie einmal: Wie haben Sie die Versorgung mit Unterstützung der App appstinance in der Praxis empfunden?	<ul style="list-style-type: none"> • Was ist Ihnen besonders aufgefallen oder in Erinnerung geblieben? • Hätten Sie sich Hilfe von einer technisch versierten Person gewünscht, um die appstinance-App zu bedienen? Wie einfach oder umständlich würden Sie die Benutzung der App bewerten? 	
	Was würden Sie am Ende des Interventionszeitraums von 6 Wochen in der App und von dem allgemeinen Versorgungskonzept erwarten?	<ul style="list-style-type: none"> • Coaches: Würden Sie die App gerne weiterhin im Therapiealltag nutzen? • Coaches: Für welche Nutzergruppen halten Sie die App besonders geeignet? 	<p>Wenn ja, warum?</p> <p>Wenn nein, warum nicht?</p>
	Wurden ihre Erwartungen erfüllt?		
	Wie bewerten Sie die Kombination aus der Begleitung per App und der wöchentlichen Coachinggespräch?	<ul style="list-style-type: none"> • Empfinden Sie die Interventionsdauer als ausreichend? • Wie stehen Sie einer weiteren Nutzung der App und des Coachings gegenüber? 	
Versorgung während der Corona-Pandemie	Welche Auswirkungen der Corona-Pandemie nahmen Sie in der Versorgung wahr?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie den Versorgungsansatz vor dem Hintergrund der Corona-Pandemie? Welche Rolle spielte dabei die app-gestützte Versorgung durch SmartAssistEntz? 	

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
Kommunikation und Kooperation	Wie nahmen Sie den Kontakt zwischen Patienten und Behandlern war? Welche Rolle spielte die App dabei?	<ul style="list-style-type: none"> • War der Kommunikationskanal der App geeignet, um Nachbetreuung für Patienten zu leisten? 	
	Welche anderen Kommunikationskanäle gab es?		
	Coaches: Zu welchen Inhalten berieten Sie die Patienten?	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Probleme äußerten die Patienten Ihnen gegenüber hinsichtlich Interventionsinhalten? Welche Probleme zeigten Patienten bei der Nutzung der App? • Wie oft kam es vor, dass die geplante Anschlussbehandlung angepasst werden? Warum erfolgte eine Anpassung? Zu welchem Zeitpunkt erfolgte die Anpassung? • Wie unterstützten Sie die Teilnehmenden bei Schwierigkeiten in der Anschlussbehandlung? Welche Rolle nahmen Sie als Coach für den Patienten ein? • Hätten Sie Verbesserungsvorschläge zur App und zur Betreuung der Patienten? 	
	Wie veränderte sich durch die Teilnahme am Projekt SmartAssistEntz Ihr Austausch zu anderen Behandlern?	<ul style="list-style-type: none"> • Mit welchen Professionen tauschen Sie sich normalerweise aus? Veränderte sich dies durch die Teilnahme am SmartAssistEntz-Projekt? Hatten Sie intensiveren/weniger Kontakt? • Welche Erwartungen und Wünsche hätten Sie an die anderen beteiligten Leistungserbringer? • Würden Sie sich eine stärkere Einbindung anderer Professionen und einen stärkeren Austausch wünschen? 	

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
Nachsorge (Coaches)	Wie bewerten Sie den Nachhaltigkeitsplan, der mit den Patienten in den Coachingsessions erstellt wurde?		
	Welche nachfolgenden Maßnahmen nahmen Patienten wahr?	<ul style="list-style-type: none"> • Wie hilfreich waren die appstinence-App bei dem • tatsächlichen Aufnahmen des Hilfsangebots? • Haben Ihre Patienten ein Therapieangebot abgebrochen? Inwiefern haben Sie als Coach die Patienten während dieses Prozesses begleitet? 	
	Wie bewerten Sie den Wissensgewinn seitens der Patienten im Vergleich zu Patienten der Regelversorgung?		
	Welchen Einfluss hat das SmartAssistEntz-Projekt auf die Problematik des langen Wartens auf einen Therapieplatz?	<ul style="list-style-type: none"> • Wird die Wartezeit verkürzt? 	

Thema	Leitfrage	Ergänzende Frage	Aufrechterhaltungsfrage
Abschluss	<p>Erachten Sie den SmartAssistEntz-Ansatz als sinnvoll und hilfreich?</p> <p>Gibt es noch weitere Punkte, die bisher von uns nicht angesprochen wurden und die aus Ihrer Sicht wichtig zu benennen sind?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie bewerten Sie die Behandlung in der Regelversorgung im Vergleich zur App-gestützten Versorgung im Rahmen von SmartAssistEntz? • Wurden Ihre Erwartungen an den Versorgungsansatz im Projekt SmartAssistEntz erfüllt? 	<p>Welche Vor- und Nachteile sehen Sie im Versorgungsansatz?</p> <p>Welche Empfehlungen würden Sie geben für nachfolgende Projekte?</p> <p>Wenn ja, welche Punkte haben wir noch nicht angesprochen?</p>

Anlage 3: Evaluation der Adhärenzfaktoren – Semistrukturierter Interviewleitfaden

Adhärenz / Dropout-Gründe

Coaching abgebrochen – Niedrige und mittlere Adhärenz (1-2 bzw. 3-4 Coachings)

1. Warum haben Sie an der Studie teilgenommen?
2. Sie haben das Coaching nach X Coaching-Gesprächen abgebrochen. Warum haben Sie das Coaching nicht mehr in Anspruch genommen?
3. Neben den schon von Ihnen genannten Gründen – welche der folgenden Gründe haben dazu geführt, dass Sie nicht weiter am Coaching teilgenommen haben? Bitte antworten Sie mit ja, wenn der jeweilige Grund zutrifft, und mit nein, wenn er nicht zutrifft.
 - a. Zu wenig Zeit
 - b. Zu hoher Aufwand
 - i. Was war für Sie bei der Teilnahme am Coaching mit zu hohem Aufwand verbunden?
 - c. Keine Lust
 - d. Zu viel Stress im Alltag
 - e. Finanzielle Probleme
 - f. Familiäre Probleme
 - g. Zu wenig Unterstützung aus dem Umfeld
 - h. Gesundheitliche Probleme
 - i. Abnahme der Abstinenzmotivation
 - i. Warum hat Ihre Abstinenzmotivation abgenommen?
 - j. Hoffnungslosigkeit
 - k. Rückfall
 - i. Inwiefern hat der Rückfall Sie davon abgehalten, weiter am Coaching teilzunehmen?
 - ii. Hatten Sie durch den Rückfall bestimmte Gedanken und/oder Gefühle, die Sie von der weiteren Teilnahme am Coaching abgehalten haben? Wenn ja, welche?
 - l. Erwartungen wurden nicht erfüllt
 - m. Schwierigkeiten mit dem Coach oder mit dem Coaching
 - i. Unzufriedenheit mit dem Inhalt des Coachings
 - ii. Schwierigkeiten in der Beziehung zum Coach
 - n. Schwierigkeiten bei der Aufnahme oder dem Besuch eines Hilfsangebots
 - i. Kein passendes Hilfsangebot gefunden
 - ii. Probleme bei der Erstaufnahme eines Hilfsangebots
 - iii. Probleme mit einem schon begonnenen Hilfsangebot
 - iv. Hilfsangebot wurde abgebrochen
 - o. Probleme mit der App
 - i. Technische Probleme mit der App
 - ii. Schwierigkeiten bei der Bedienung der App
 - iii. Unzufriedenheit mit den Inhalten der App
 - p. Kein Bedarf mehr
 - i. Warum hatten Sie keinen Bedarf mehr?
4. Wie haben Sie es geschafft, die ersten Coaching-Gespräche wahrzunehmen?
5. Was hätte Ihnen dabei geholfen, doch noch weiter am Coaching teilzunehmen?

Coaching vollendet oder sehr hohe Adhärenz (5-6 Coachings)

1. Warum haben Sie an der Studie teilgenommen?
2. Sie haben an X Coaching-Gesprächen teilgenommen. Was hat Ihnen dabei geholfen, an den Coaching-Gesprächen teilzunehmen?
3. Was war schwierig daran, an den Coaching-Gesprächen teilzunehmen?

4. Neben den schon von Ihnen genannten Punkten – welche der folgenden Punkte haben es Ihnen ebenfalls erschwert, an den Coaching-Gesprächen teilzunehmen? Bitte antworten Sie mit ja, wenn der jeweilige Grund zutrifft, und mit nein, wenn er nicht zutrifft.
 - a. Wenig Zeit
 - b. Hoher Aufwand
 - i. Was war für Sie bei der Teilnahme am Coaching mit hohem Aufwand verbunden?
 - c. Keine Lust
 - d. Viel Stress im Alltag
 - e. Finanzielle Probleme
 - f. Familiäre Probleme
 - g. Wenig Unterstützung aus dem Umfeld
 - h. Gesundheitliche Probleme
 - i. Abnahme der Abstinenzmotivation
 - i. Warum hat Ihre Abstinenzmotivation abgenommen?
 - j. Hoffnungslosigkeit
 - k. Rückfall
 - i. Inwiefern hat der Rückfall es Ihnen erschwert, an so vielen Coaching-Gesprächen teilzunehmen?
 - ii. Hatten Sie durch den Rückfall bestimmte Gedanken und/oder Gefühle, die Ihnen die weitere Teilnahme am Coaching erschwert haben? Wenn ja, welche?
 - l. Erwartungen wurden nicht erfüllt
 - m. Schwierigkeiten mit dem Coach oder mit dem Coaching
 - i. Unzufriedenheit mit dem Inhalt des Coachings
 - ii. Schwierigkeiten in der Beziehung zum Coach
 - n. Schwierigkeiten bei der Aufnahme oder dem Besuch eines Hilfsangebots
 - i. Kein passendes Hilfsangebot gefunden
 - ii. Probleme bei der Erstaufnahme eines Hilfsangebots
 - iii. Probleme mit einem schon begonnenen Hilfsangebot
 - iv. Hilfsangebot wurde abgebrochen
 - o. Probleme mit der App
 - i. Technische Probleme mit der App
 - ii. Schwierigkeiten bei der Bedienung der App
 - iii. Unzufriedenheit mit den Inhalten der App

Coaching

1. Welche Erwartungen hatten Sie an das Coaching?
2. Welche Ihrer Erwartungen an das Coaching wurden erfüllt?
3. Welche Ihrer Erwartungen an das Coaching wurden nicht erfüllt?
4. Wie zufrieden waren Sie mit dem Coaching insgesamt? (Skala)
 - (1) Sehr unzufrieden
 - (2) Eher unzufrieden
 - (3) Weder noch
 - (4) Eher zufrieden
 - (5) Sehr zufrieden
5. Was hat Ihnen im Coaching besonders geholfen?
6. Was hätten Sie im Coaching noch zusätzlich hilfreich gefunden?
7. Auf welche Weise hätte Ihr Coach sie noch besser unterstützen können?
8. Was fanden Sie im Coaching nicht hilfreich oder sogar schädlich?
9. Hätten Sie sich mehr oder weniger als die 6 angebotenen Coaching-Gespräche gewünscht?
 - a. Bei ja:

- i. Warum hätten Sie sich mehr/weniger Coaching-Gespräche gewünscht?
 - ii. Wie viele Coaching-Gespräche hätten Sie sich insgesamt gewünscht?
- 10. Über welchen Zeitraum wären Sie am liebsten von Ihrem Coach begleitet worden?
- 11. Was hätte sich für Sie geändert, wenn sie nur das Coaching ohne die App bekommen hätten?

Beziehung zu Coach

1. Wie würden Sie die Beziehung zu Ihrem Coach beschreiben?
2. Wie sehr fühlten Sie sich von Ihrem Coach wertgeschätzt? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht wertgeschätzt
 - (2) Wenig wertgeschätzt
 - (3) Ziemlich wertgeschätzt
 - (4) Sehr wertgeschätzt
 - (5) Äußerst wertgeschätzt
3. Wie vertrauenswürdig fanden Sie Ihren Coach? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht vertrauenswürdig
 - (2) Wenig vertrauenswürdig
 - (3) Ziemlich vertrauenswürdig
 - (4) Sehr vertrauenswürdig
 - (5) Äußerst vertrauenswürdig
4. Wie verständnisvoll fanden Sie Ihren Coach? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht verständnisvoll
 - (2) Wenig verständnisvoll
 - (3) Ziemlich verständnisvoll
 - (4) Sehr verständnisvoll
 - (5) Äußerst verständnisvoll
5. Wie kompetent fanden Sie Ihren Coach? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht kompetent
 - (2) Wenig kompetent
 - (3) Ziemlich kompetent
 - (4) Sehr kompetent
 - (5) Äußerst kompetent
6. Wie sympathisch fanden Sie Ihren Coach? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht sympathisch
 - (2) Wenig sympathisch
 - (3) Ziemlich sympathisch
 - (4) Sehr sympathisch
 - (5) Äußerst sympathisch
7. Wie gut empfanden Sie die Beziehung zu Ihrem Coach insgesamt? (Skala)
 - (1) Sehr schlecht
 - (2) Eher schlecht
 - (3) Teils gut, teils schlecht
 - (4) Eher gut
 - (5) Sehr gut

App

1. Welche Erwartungen hatten Sie an die App?
2. Welche Ihrer Erwartungen an die App wurden erfüllt?
3. Welche Ihrer Erwartungen an die App wurden nicht erfüllt?
4. Wie zufrieden waren Sie mit der App insgesamt? (Skala)
 - (1) Sehr unzufrieden
 - (2) Eher unzufrieden
 - (3) Weder noch

- (4) Eher zufrieden
- (5) Sehr zufrieden
- 5. Was hat Ihnen in der App besonders geholfen?
- 6. Was hätten Sie in der App noch zusätzlich hilfreich gefunden?
- 7. Was fanden Sie in der App nicht hilfreich oder sogar schädlich?
- 8. Wie gut haben die in der App präsentierten Aufgaben zu Ihren persönlichen Bedürfnissen gepasst? (Skala)
 - (1) Sehr schlecht
 - (2) Eher schlecht
 - (3) Teils gut, teils schlecht
 - (4) Eher gut
 - (5) Sehr gut
- 9. Was hätte sich für Sie geändert, wenn sie nur die App ohne das Coaching bekommen hätten?
- 10. Wie häufig nutzen Sie im Alltag andere Gesundheits-Apps? (Skala)
 - (1) Nie
 - (2) Monatlich
 - (3) Wöchentlich
 - (4) Mehrmals wöchentlich
 - (5) Täglich

Abstinenz und Abstinenzmotivation

- 1. Wie sehr fühlten Sie sich von Ihrem Coach dabei unterstützt, abstinent zu bleiben? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat Ihr Coach Sie dabei unterstützt, abstinent zu bleiben?
- 2. Wie sehr fühlten Sie sich von der App dabei unterstützt, abstinent zu bleiben? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat die App Sie dabei unterstützt, abstinent zu bleiben?

Rückfall

- 1. Sind Sie während des Coaching-Zeitraums, also in den ersten 6 Wochen nach Ihrer Entlassung aus der Klinik, rückfällig geworden?
 - a. Bei ja: Konnten Sie den Rückfall stoppen?
 - b. Bei ja: Hatten Sie nach Ihrem Rückfall Kontakt zu Ihrem Coach?
 - i. Bei ja: Wie sehr fühlten Sie sich vom Coach nach Ihrem Rückfall aufgefangen und wertgeschätzt? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - ii. Bei ja: Wie sehr fühlten Sie sich von Ihrem Coach dabei unterstützt, den Rückfall zu stoppen? (Skala)

- (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
1. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat Ihr Coach Sie dabei unterstützt, den Rückfall zu stoppen?
- c. Bei ja: Haben Sie die App nach Ihrem Rückfall weiter genutzt?
- i. Bei ja: Wie sehr fühlten Sie sich von der App nach Ihrem Rückfall aufgefangen und wertgeschätzt? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - ii. Bei ja: Wie sehr fühlten Sie sich von der App dabei unterstützt, den Rückfall zu stoppen? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
1. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat die App Sie dabei unterstützt, den Rückfall zu stoppen?

Hilfsangebot

1. Wie sehr fühlten Sie sich durch Ihren Coach dabei unterstützt, ein passendes Hilfsangebot aufzunehmen? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat Ihr Coach Sie dabei unterstützt, ein passendes Hilfsangebot aufzunehmen?
2. Wie sehr fühlten Sie sich durch die App dabei unterstützt, ein passendes Hilfsangebot aufzunehmen? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat die App Sie dabei unterstützt, ein passendes Hilfsangebot aufzunehmen?
3. Haben Sie ein Hilfsangebot aufgenommen?
 - a. Bei nein: Was hat Sie daran gehindert, ein Hilfsangebot aufzunehmen?
 - b. Bei ja: Besuchen Sie das Hilfsangebot nach wie vor?
 - i. Bei ja:
 1. Wie sehr hat das Coaching dazu beigetragen, dass Sie das Hilfsangebot weiter besuchen? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark

- (5) Sehr stark
- a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat das Coaching dazu beigetragen, dass Sie das Hilfsangebot weiter besuchen?
- 2. Wie sehr hat die App dazu beigetragen, dass Sie das Hilfsangebot weiter besuchen? (Skala)
 - (1) Überhaupt nicht
 - (2) Wenig
 - (3) Mittel
 - (4) Stark
 - (5) Sehr stark
 - a. Bei Antwort 2-5 (wenig – sehr stark): Auf welche Weise hat die App dazu beigetragen, dass Sie das Hilfsangebot weiter besuchen?
 - ii. Bei nein: Warum besuchen Sie das Hilfsangebot nicht mehr?

Anlage 4: Erstellung der Disseminationsstrategien - Semistrukturierter Interviewleitfaden

Im Rahmen des Forschungsprojektes SmartAssistEntz haben Sie über zwei Jahre erfolgreich Patienten in der Studie in die neue Versorgungsform appstinance eingeführt. Neben der Erforschung dieser neuen Versorgungsform ist ein weiteres Ziel des Projektes, die Implementierung zu erforschen. Daher würde ich Ihnen nun gerne ein paar Fragen zu Einsatzmöglichkeiten und Durchführung stellen.

Interviewleitfaden

<i>Thema</i>	<i>Leitfrage</i>	<i>Ergänzende Frage</i>	<i>Aufrechterhaltungsfrage</i>
Einleitung	Bitte schildern Sie mir kurz, wie Sie im Projekt SmartAssistEntz involviert waren.	Welche Tätigkeit übten Sie aus? (Chefarzt, Klinikpsychologe/Klinikpsychologin, Arzt/Ärztin)	
Implementierung	<p>Mit Hinblicke auf Ihre Erfahrungen in der Umsetzung der neuen Versorgungsform (ausgenommen ist hierbei der Forschungsaufwand):</p> <p>Wie ließe sich SmartAssistEntz am besten in die bestehenden Gesundheitsdienste integrieren bzw. implementieren?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wie könnte eine Klinik die Integration in die bestehenden Strukturen ihrer täglichen Arbeit verbessern? • Wie könnte der Anbieter die Integration in die Gesundheitsdienste verbessern? • Wie könnte das Gesundheitssystem die Integration in die Gesundheitsdienste verbessern? 	Könnten Sie das genauer erklären?
	Welche Herausforderungen sind dabei zu berücksichtigen?		
	Was ist bereits vorhanden, um diese Herausforderungen zu bewältigen?		

Thema Leitfrage

Ergänzende Frage

Aufrechterhaltungsfrage

Was würde helfen bzw. noch zusätzlich gebraucht werden, um diese Herausforderungen zu bewältigen?

Was bräuchten Sie in Ihrer täglichen Arbeit von einer Klinik oder dem Anbieter, um diese Herausforderungen zu bewältigen?

Bitte ergänzen Sie noch zu politische Einflussfaktoren und Gesundheitssystem.

Welche Ziele sehen Sie in der neuen Versorgungsform?

Welche Erwartungen haben Sie an die neue Versorgungsform?

Anlage 5: Agile Interventionsentwicklung – Semistrukturierter Interviewleitfaden

Leitfaden – Interview zur agilen Interventionsentwicklung und Usability Test (Behandelnde)

Teil 1: Semi-strukturiertes Interview

Ziel: Vertiefender Erkenntnisgewinn über Verständnis der Interaktion, Struktur und Inhalte der jetzigen appstinance App aus Sicht der Behandelnden (Anmerkung: appstinance v4.1.0)

Teil 2: Usability Test

Qualitativer, Aufgabenbasierter Prototypentest mit „lautem Denken“ zur Identifikation von potentiell kritischen Nutzungssituationen.

Datum

Uhrzeit

Teilnehmer #

Moderator

Protokollant

Rahmenbedingungen

Probanden

- *Voraussetzung: Kenntnis über SAE/appstinance:*
- *Klinikpsychologen*
- *Coaches*

Durchführung

- *Dauer: 60 Minuten pro Termin*
- *Videokonferenz per Zoom*
- *Bildschirmaufzeichnung per Quicktime*
- *1 Proband, 1 Moderator, 1 Protokollant*

Hinweis an den Protokollant: Pro Interview eine Kopie dieser Vorlage als Word-Datei anlegen und in dieser Kopie protokollieren.

Einführung (3 Minuten)

Moderator gibt sein Webcam-Video per Zoom frei. (Optional: Freigabe des Webcam-Videos des Protokollanten)

- **Kurze Begrüßung.** Hallo [*Name des Probanden*], vielen Dank, dass Sie sich Zeit für uns nehmen.
- Ziel des Termins ist es, Ihr Feedback zur Smartphone app „appstinence“ einzuholen. Unser Gespräch hat zwei Teile:
 - Im ersten Teil beschäftigen wir uns mit dem aktuellen Stand der App und stellen Ihnen dazu einige Fragen.
 - Im zweiten Teil werden wir Ihnen einen Prototypen zeigen, der auf einem neuen, überarbeiteten Konzept basiert.
- **Bevor wir beginnen.** Wir zeichnen das Interview in Bild und Ton gemäß der Einwilligungserklärung und den Datenschutzbestimmungen auf.
 - a) Ihre schriftliche Einwilligung liegt uns bereits vor.
 - b) Wir bitten Sie, Ihre schriftliche Einwilligung in den kommenden 3 Tagen per E-Mail zurückzuschicken.

Proband stimmt folgender Aufzeichnung zu (Falls noch nicht vorab durch Zustimmung zur Einwilligungserklärung erteilt, jetzt abfragen):

- **Webcam Aufzeichnung:** Ja Nein
- **Bildschirmaufzeichnung:** Ja Nein
- *Mikrofon Aufzeichnung als gegeben annehmen. Nur bei explizitem Wunsch des Probanden: Audio-Aufzeichnung ausschalten.* Nein

Bildschirm-Aufzeichnung in Quicktime starten

Anmerkung zur Einwilligung der Aufnahme (nur auf Nachfrage des Probanden vorlesen):
Wir zeichnen das Interview gemäß der Einwilligungserklärung und den Datenschutzbestimmungen auf. Hierzu gehören das Gespräch (Mikrofon, Webcam) und der Bildschirminhalt von Ihnen als Teilnehmer. Der Bildschirminhalt wird benötigt, um z. B. Klickwege und potentielle Probleme nachvollziehen zu können. Die Aufnahme der Webcam ist erwünscht, um die Reaktionen auf den Prototyp optimal auswerten zu können, da viele Reaktionen nicht nur verbal stattfinden. Die Aufzeichnung der Webcam und des Bildschirminhaltes kann abgelehnt werden. Ihre Einwilligung bzw. Ablehnung wird im Protokoll dokumentiert.

Demographische Fragen (2 Minuten)

Geschlecht

Alter

Tätigkeit

Ggf. vorab bereits in Excel Liste eingetragen

Klinikpsychologe

Coach

Wie viele Jahre Erfahrung haben Sie in Ihrer Tätigkeit?

Wie stufen Sie Ihre Erfahrung mit Smartphone Apps ein?

Sehr gering	Gering	Mittel	Hoch	Sehr hoch

Wie stufen Sie Ihre Erfahrung mit Apps für die mentale Gesundheit ein?

Sehr gering	Gering	Mittel	Hoch	Sehr hoch

Wie oft haben Sie appstinance bereits genutzt?

Nie	Einmal	2 – 5 Mal	6 – 10 Mal	Mehr als 10 Mal

Teil 1: Interview (20 Minuten)

Wenn der Proband als Coach tätig ist: Anmerkung an Sie als Coach: Bitte nehmen Sie im Folgenden auch die Patientenperspektive ein.

1. **Aus Ihrer Erfahrung mit der App appstinance: Was gefällt Ihnen an appstinance besonders gut?**

2. **Aus Ihrer Erfahrung mit der App appstinance: Was gefällt Ihnen an appstinance weniger bis gar nicht gut? Womit hatten Sie Schwierigkeiten?**

3. **Wenn Sie sich an die Erstnutzung von appstinance erinnern, wie haben Sie die Einführung in appstinance empfunden? *Registrierung, Onboarding, Nutzername, Avatar. Ggf. Basiskompetenz.***

Moderator teilt seinen Bildschirm und zeigt appstinance (Alternativ: Screenshots)

4. **Wie hilfreich ist die Auswahl der Kompetenzen im Hinblick auf die Anwendung durch einen Patienten?** Moderator zeigt die Kompetenzauswahl auf seinem geteilten Bildschirm. Was könnte man tun, um den Anwender bei der Auswahl der Kompetenzen besser zu leiten?

Zusammenfassend, wie hilfreich ist die Auswahl der Kompetenzen im Hinblick auf die Anwendung durch einen Patienten auf einer **Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)**?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

5. **Wie hilfreich ist das „Dashboard“?** Moderator zeigt das Dashboard auf seinem geteilten Bildschirm.

Zusammenfassend, wie hilfreich ist das Dashboard auf einer **Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)**?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

6. Wie bewerten Sie die Abfolge der Trainings in appstinence?

--

Zusammenfassend, wie hilfreich ist die Abfolge der Trainings in appstinence auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

Ab jetzt keine offenen Fragen – nur Skalen:

7. Wie hilfreich ist der Motivationsbereich auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

8. Wie hilfreich ist der Abstinenzähler auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

9. Wie hilfreich sind die Favoriten auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

--	--	--	--	--

10. Wie hilfreich ist der Notfallbereich auf einer Skala von 1 (gar nicht hilfreich) bis 5 (sehr hilfreich)?

1	2	3	4	5
Gar nicht hilfreich			Sehr hilfreich	

11. Haben Sie noch weitere Anmerkungen zu appstinence?

Teil 2: Usability Test (35 Minuten)

Wenn der Proband als Coach tätig ist: Anmerkung an Sie als Coach: Bitte nehmen Sie im Folgenden auch die Patientenperspektive ein.

Vorbereitung (5 Minuten)

Einführung:

- Im zweiten Teil beschäftigen wir uns mit einem neuen App-Prototypen, der ein überarbeitetes Konzept von appstinance darstellt.
- Der Prototyp ist online zugänglich und Sie werden gleich die Möglichkeit erhalten, ihn sich anzusehen.
- Dabei bitte ich Sie, „laut zu denken“: Bitte teilen Sie Ihre Gedanken mit mir, während Sie den Prototypen verwenden.
- Sie können dabei nichts falsch machen. Getestet werden nicht Sie als Anwender sondern der Prototyp.
- Haben Sie Fragen?

Technische Vorbereitung:

- Zuerst bitte ich Sie, Ihren Bildschirm zu teilen, damit ich sehen kann, wie Sie den Prototypen verwenden.
- Dazu klicken Sie bitte in Zoom auf „Bildschirm teilen“.
Proband teilt seinen Bildschirm.
- Sie erhalten jetzt einen Link zum Prototypen hier in Zoom.
- *Moderator schickt den Link folgenden Link an den Probanden:*

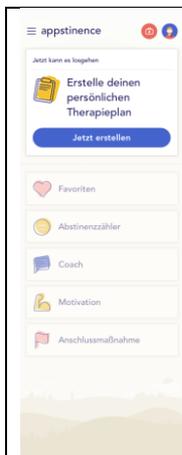
Link zum Prototypen: <https://invis.io/QVX7OI85TDM>

- Bitte öffnen Sie jetzt den Chat in Zoom und klicken auf den Link.
Der Prototyp öffnet sich im Browser des Probanden.

Hinweis: Falls der Prototypen von Anfang an starten sollte, im Prototyp auf das Menu-Symbol klicken und auf „Einstellungen“ klicken.

Aufgabenbasierter Usability Test (25 Minuten)

Szenario: Stellen Sie sich vor, Sie haben die neue App „appstinance“ soeben aus dem App-Store geladen und benutzen die App aus der Perspektive eines Patienten.



- 1. Die App ist nun auf Ihrem Computer geöffnet. Sie können die Ansicht in der App mit Ihrer Maus bzw. Ihrem Touchpad scrollen. Bevor Sie irgendwo klicken, sagen Sie mir bitte, was Sie sehen. 3 Min. Proband erwähnt Kachel „Erstelle deinen persönlichen Therapieplan“, Menü, Icons oben rechts, inaktive Kacheln.**

2. Erstellen Sie jetzt Ihren persönlichen Therapieplan.
11 Min. Proband klickt auf „Jetzt erstellen“.

Willkommensbildschirm



Durchgehen des Fragebogen



Bitte wählen Sie die folgenden Zeitpunkte: 1. Montag mittags, 2. Mittwoch morgens und 3. Freitag abends.



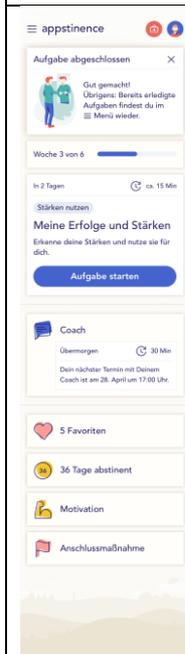
Abschluss der Therapieplanerstellung



	<p>3. Ohne zu klicken, bitte sagen Sie mir, was Sie nun sehen. 2 Min. Temporäre Kachel „Therapieplan erstellt“, Wochenanzeige, Aufgabenkachel, Coach mit Hinweis, Abstinenzzähler mit Hinweis, Favoriten, Motivation, Anschlussmaßnahme.</p>
	<p>4. Bearbeiten Sie jetzt bitte die Aufgabe „Gute Beziehungen stärken“. 7 Min. Proband klickt auf „Aufgabe starten“.</p> <p><i>Einführungsvideo</i></p> <p><i>Teilaufgabe: Bestandsaufnahme. Texteingabe.</i></p> <p>Anmerkung: Der Prototyp zeigt in dieser Aufgabe exemplarisch nur eine von mehreren Teilaufgaben. Sie sind nun bereits schon zum Ende der Aufgabe gesprungen. <i>Teilaufgabe: Vom Plan zur Tat. Symbol zum Teilen des Texts.</i></p>



Abschluss der Aufgabe. Favorit setzen, Vertiefung.



5. Sie haben die Aufgabe abgeschlossen. Stellen Sie sich nun vor, dass Sie appstinance nun schon seit 3 Wochen nutzen. Nach der Bearbeitung der vorangegangenen Aufgabe erscheint dieser Bildschirm. Was sehen Sie hier?
 2 Min. Neue Aufgabenkachel. Coach-Kachel mit Termin, Anzahl Favoriten, laufender Abstinenzzähler.

Abschlussfragen (10 Minuten)

1. Was würden Sie am Ende des Interventionszeitraums von 6 Wochen in der App erwarten?

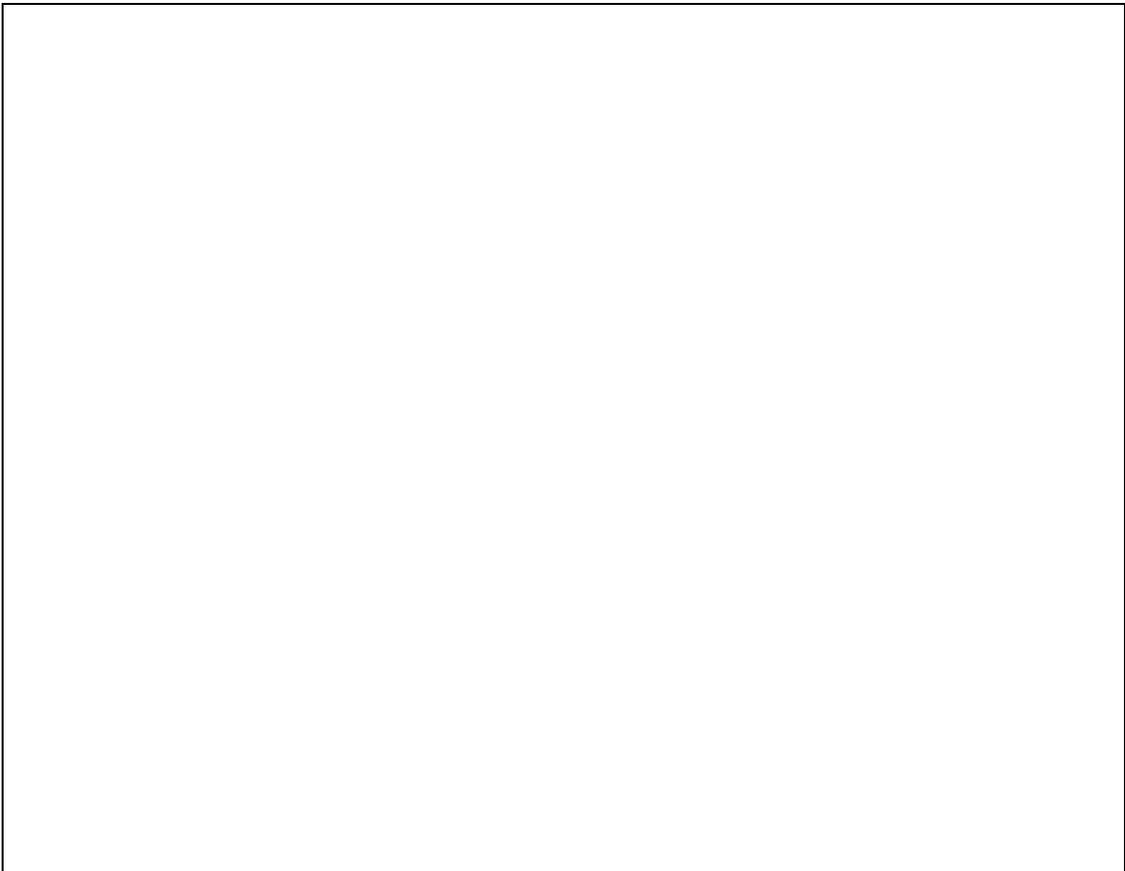
2. Welche Aspekte sind Ihnen im Prototypen besonders positiv aufgefallen?

3. Welche Aspekte sind Ihnen im Prototypen besonders negativ aufgefallen?

4. Was sind für Sie die größten Unterschiede zwischen der aktuellen App und dem Prototypen?



5. Haben Sie noch weitere Anmerkungen?



Ende des Termins. Vielen Dank für Ihr Feedback und Ihre Unterstützung.

Falls zutreffend: Wir bitten Sie, Ihre schriftliche Einwilligung in den kommenden 3 Tagen per E-Mail zurückzuschicken.

Bildschirm-Aufzeichnung in Quicktime beenden und abspeichern mit Teilnehmer# im Dateinamen in der FAU Box ablegen.

Mitschrift zwischen Protokollant und Moderator durchgehen und Protokoll als Word-Datei mit Teilnehmer# im Dateinamen in der FAU Box ablegen.