

Online-Beratung und Blended Counseling in Schweizer Suchtfachstellen

Schlussbericht

Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit:
Abteilung Prävention nichtübertragbarer Krankheiten

Severin Haug
Andreas Wenger
Nikolaos Boumparis
Milena Tommasini
Michael P. Schaub

Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF
ISGF Bericht Nr. 430

Zürich, im September 2026

Inhaltsverzeichnis

ZUSAMMENFASSUNG	1
RÉSUMÉ	2
SINTESI	3
SUMMARY	4
1. HINTERGRUND.....	5
2. FRAGESTELLUNGEN.....	7
2.1. ÜBERBLICK	7
2.2. VERBREITUNG VON ONLINE-BERATUNG UND BLENDED COUNSELING IN DER BERATUNGSPRAXIS	7
2.3. PRÄDIKTOREN DER BERATUNGSMODALITÄT UND DES BERATUNGSERFOLGS	7
2.4. ERFAHRUNGEN MIT ONLINE-BERATUNG UND BLENDED COUNSELING	8
2.5. KONZEPTIONELLE FUNDIERUNG VON ONLINE-BERATUNG UND BLENDED COUNSELING	8
3. METHODIK	9
3.1. METHODEN ZUR DATENGEWINNUNG	9
3.2. DATENAUFBEREITUNG UND -AUSWERTUNG	10
4. ERGEBNISSE	12
ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE ZUR VERBREITUNG VON ONLINE-BERATUNG	12
4.1. VERBREITUNG VON ONLINE-BERATUNG IN DER BERATUNGSPRAXIS	13
4.2. PRÄDIKTOREN FÜR BERATUNGSMODALITÄT UND BERATUNGSERFOLG	22
4.3. ERFAHRUNGEN MIT ONLINE-BERATUNG UND BLENDED COUNSELING	24
5. DISKUSSION UND AUSBLICK.....	34
5.1. DISKUSSION DER ERGEBNISSE	34
5.2. IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS.....	35
5.3. AUSBLICK	36
REFERENZEN.....	38

Zusammenfassung

Hintergrund: Die Digitalisierung verändert auch psychosoziale Unterstützungsangebote im Suchtbereich. Insbesondere Online-Beratung und Blended Counseling, die systematische Kombination digitaler und analoger Formate, gewinnen an Bedeutung, da sie ortsunabhängig, flexibel und niedrigschwellig zugänglich sind. Auch in der Schweiz existieren digitale Angebote entlang der gesamten Versorgungskette, wobei Plattformen wie SafeZone eine zentrale Rolle spielen. Ziel der vorliegenden Studie ist eine Bestandsaufnahme dieser Entwicklungen in der Praxis. **Fragestellungen:** Die Studie untersucht vier zentrale Bereiche: (1) die Verbreitung von Online-Beratung und Blended Counseling in Schweizer Suchtfachstellen, (2) Prädiktoren für die Nutzung digitaler Formate sowie deren Zusammenhang mit Beratungserfolg, (3) Erfahrungen von Fachstellen, Beratungspersonen und Klientel mit digitalen Angeboten sowie (4) die konzeptionelle Einbettung dieser Formate in organisatorische Strukturen. Ziel ist es, fördernde und hemmende Faktoren zu identifizieren sowie Entwicklungspotenziale abzuleiten. **Methodik:** Die Untersuchung verwendet ein Mixed-Methods-Design. Quantitativ wurden mittels standardisierter Online-Befragungen Daten auf Ebene von Fachstellen, Beratungspersonen und Klientinnen und Klienten erhoben (481 Beratungsfälle, 87 Beratungspersonen, 9 Fachstellen). Ergänzend erfolgten 20 qualitative halbstrukturierte Interviews zur Erfassung von Erfahrungen und Einschätzungen. Die quantitativen Daten wurden mit statistischen Verfahren (u. a. Mixed-Effects-Modelle) analysiert, die qualitativen Daten mittels thematischer Inhaltsanalyse ausgewertet. **Ergebnisse:** Die Ergebnisse zeigen in den untersuchten Fachstellen eine breite Verankerung digitaler Beratung in der Praxis: Rund 84 % der Beratungspersonen nutzen Online-Formate zumindest gelegentlich. Dennoch dominieren weiterhin Präsenzberatungen (über 90 % der Fälle). Digitale Formate werden in 42 % der Fälle eingesetzt, überwiegend ergänzend; reine Online-Verläufe sind selten (6 %). Bei 36 % der Fälle kommen kombinierte Formate zum Einsatz. Die Nutzung digitaler Beratung wird häufig von der Klientel initiiert und erfolgt bedürfnisorientiert. Hauptgründe sind Flexibilität, Niedrigschwelligkeit und bessere Vereinbarkeit mit Alltagsanforderungen. Gleichzeitig wird digitale Beratung in vielen Fällen nicht aktiv thematisiert, was auf implizite Routinen hindeutet. Hinsichtlich der Wirksamkeit zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen analoger, digitaler und kombinierter Beratung in Bezug auf Zielerreichung, Beratungsabschluss oder Veränderungsscore. Stattdessen sind Faktoren wie Behandlungsdauer, Vorbehandlung und Zuweisungskontext entscheidend. Die qualitative Analyse zeigt, dass Online-Beratung und kombinierte Beratung meist pragmatisch und situationsabhängig umgesetzt werden. Persönliche Kontakte werden weiterhin als zentral für Beziehungsgestaltung und Vertrauen angesehen, während digitale Formate insbesondere für Zugang und Kontinuität Vorteile bieten. **Diskussion und Ausblick:** Die Studie verdeutlicht, dass Online-Beratung und kombinierte Beratung in Schweizer Suchtfachstellen etabliert sind, jedoch primär als ergänzende und flexibel eingesetzte Elemente wirken. Eine Herausforderung, die kombinierte Beratung in Richtung Blended Counseling zu entwickeln, liegt in der konzeptionellen Systematisierung: Nur wenige Fachstellen verfügen über ausgearbeitete Konzepte, während der Einsatz häufig situativ erfolgt. Für die Praxis ergeben sich mehrere Implikationen: eine stärkere konzeptionelle Fundierung, gezielte Kompetenzentwicklung der Fachpersonen sowie eine bewusste Gestaltung digitaler Beziehungen. Zudem sollten digitale Formate strategischer genutzt werden, um Zugänglichkeit und Kontinuität der Versorgung zu verbessern. Für die Zukunft gewinnt der Einsatz neuer Technologien, insbesondere künstlicher Intelligenz, an Bedeutung. Entscheidend für den Suchtbereich bleibt jedoch die Sicherstellung der therapeutischen Qualität und der zwischenmenschlichen Beziehung.

Résumé

Contexte: La numérisation transforme également les offres de soutien psychosocial dans le domaine des addictions. Le conseil en ligne et le «blended counseling» (conseil mixte), c'est-à-dire la combinaison systématique de formats numériques et en présentiel (analogiques), gagnent notamment en importance, car ils sont accessibles partout, flexibles et faciles d'accès. En Suisse aussi, il existe des offres numériques tout au long de la chaîne de soins, des plateformes telles que SafeZone jouant un rôle central. L'objectif de la présente étude est de dresser un état des lieux de ces évolutions dans la pratique. **Problématique:** L'étude examine quatre domaines centraux : (1) la diffusion du conseil en ligne et du conseil mixte dans les services spécialisés suisses en matière de dépendance, (2) les facteurs prédictifs de l'utilisation des formats numériques ainsi que leur lien avec la réussite du conseil, (3) les expériences des services spécialisés, des conseillers et des usagers avec les offres numériques, ainsi que (4) l'intégration conceptuelle de ces formats dans les structures organisationnelles. L'objectif est d'identifier les facteurs clés ainsi que d'en déduire des potentiels de développement. **Méthodologie:** L'étude utilise une approche mixte. Sur le plan quantitatif, des données ont été collectées au niveau des centres spécialisés, des conseillers et des clients à l'aide de questionnaires en ligne standardisés (481 consultations, 87 conseillers, 9 centres spécialisés). En complément, 20 entretiens qualitatifs semi-structurés ont été menés afin de recueillir des expériences et des appréciations. Les données quantitatives ont été analysées à l'aide de méthodes statistiques (notamment des modèles à effets mixtes), tandis que les données qualitatives ont été évaluées par une analyse thématique du contenu. **Résultats:** Les résultats montrent que le conseil numérique est largement ancré dans la pratique des services spécialisés étudiés: environ 84 % des conseillers utilisent des formats en ligne au moins occasionnellement. Les consultations en présentiel restent néanmoins majoritaires (plus de 90 % des cas). Les formats numériques sont utilisés dans 42 % des cas, principalement à titre complémentaire. Les processus entièrement en ligne sont rares (6 %). Dans 36 % des cas, des formats combinés sont utilisés. Le recours au conseil numérique est souvent initié par la clientèle et s'effectue en fonction des besoins. Les principales raisons sont la flexibilité, l'accessibilité et une meilleure compatibilité avec les exigences de la vie quotidienne. Dans le même temps, le conseil numérique n'est souvent pas abordé activement, ce qui suggère l'existence de routines implicites. En termes d'efficacité, aucune différence significative n'apparaît entre le conseil en présentiel, le conseil numérique et le conseil combiné en ce qui concerne la réalisation des objectifs, la fin du conseil ou le score de changement. En revanche, des facteurs tels que la durée du traitement, le traitement préalable et le contexte de l'orientation sont déterminants. L'analyse qualitative montre que le conseil en ligne et le conseil mixte sont généralement mis en œuvre de manière pragmatique. Les contacts personnels continuent d'être considérés comme essentiels pour l'établissement de la relation et la confiance, tandis que les formats numériques offrent des avantages notamment en termes d'accès et de continuité. **Discussion et perspectives:** L'étude montre que le conseil en ligne et le conseil mixte sont bien établis dans les centres suisses de traitement des addictions, mais qu'ils restent principalement des compléments utilisés de manière flexible. L'un des défis d'orienter les consultations vers un conseil mixte est l'absence de systématisation conceptuelle: peu de services spécialisés disposent de concepts élaborés et l'utilisation se fait souvent au cas par cas. Il en découle plusieurs implications pour la pratique: un ancrage conceptuel plus solide, un développement ciblé des compétences des professionnels et une conception réfléchie de la relation numérique. Les formats numériques devraient aussi être utilisés plus stratégiquement pour améliorer l'accessibilité et la continuité de la prise en charge. À l'avenir, les nouvelles technologies, notamment l'intelligence artificielle, gagneront en importance. Toutefois, la qualité thérapeutique et la relation interpersonnelle restent déterminantes dans le domaine des addictions.

Sintesi

Contesto: La digitalizzazione sta cambiando anche i servizi di supporto psicosociale nel settore delle dipendenze. In particolare, la consulenza online e il blended counseling, ovvero la combinazione sistematica di formati digitali e analogici, stanno acquisendo sempre più importanza. Sono infatti flessibili, facilmente accessibili e fruibili ovunque ci si trovi. Anche in Svizzera sono disponibili soluzioni digitali in tutte le fasi del percorso di assistenza: in questo ambito, piattaforme come SafeZone svolgono un ruolo fondamentale. L'obiettivo del presente studio è fare il punto sullo sviluppo di queste modalità nella pratica delle consulenze. **Domande di ricerca:** Lo studio esamina quattro aree centrali: (1) la diffusione della consulenza online e del blended counseling nei centri svizzeri specializzati in dipendenze, (2) i predittori dell'utilizzo dei formati digitali e la loro correlazione con il successo della consulenza, (3) le esperienze con le offerte digitali maturate da centri specializzati, consulenti e clientela, nonché (4) l'integrazione concettuale di questi formati nelle strutture organizzative. L'obiettivo è identificare i fattori che favoriscono o ostacolano tali modalità e individuare le potenzialità di sviluppo. **Metodologia:** Lo studio adotta un approccio basato su metodi misti. A livello quantitativo sono stati raccolti dati su centri specializzati, consulenti e clienti tramite questionari online standardizzati (481 casi di consulenza, 87 consulenti, 9 centri specializzati). Inoltre, sono state condotte venti interviste qualitative semi-strutturate per raccogliere esperienze e valutazioni. I dati quantitativi sono stati analizzati con procedure statistiche (tra cui modelli a effetti misti), mentre i dati qualitativi sono stati valutati mediante analisi tematica dei contenuti. **Risultati:** I risultati mostrano un ampio consolidamento della consulenza digitale nelle realtà dei centri specializzati esaminati: circa l'84 per cento delle e dei consulenti utilizza la modalità online almeno occasionalmente. Tuttavia, continuano a prevalere le consulenze in presenza (oltre il 90 per cento dei casi). I formati digitali vengono utilizzati nel 42 per cento dei casi, in prevalenza a titolo complementare; i percorsi esclusivamente online sono rari (6 per cento). Nel 36 per cento dei casi vengono utilizzati formati combinati. La consulenza digitale viene spesso richiesta dalla clientela e tiene conto delle sue esigenze. La scelta di questa modalità è dettata soprattutto da ragioni di flessibilità, facilità di accesso e migliore compatibilità con le esigenze quotidiane. Allo stesso tempo, in molti casi non si parla attivamente di consulenza digitale, un dato che rivela l'esistenza di routine implicite. Per quanto riguarda l'efficacia, non si riscontrano differenze significative tra consulenza in presenza, digitale e combinata in termini di raggiungimento degli obiettivi, conclusione della consulenza e punteggio di cambiamento. Sono invece determinanti fattori quali la durata del trattamento, il pretrattamento e il contesto che ha determinato il ricorso alla consulenza. L'analisi qualitativa mostra che la consulenza online e quella combinata vengono attuate per lo più in modo pragmatico e a seconda della situazione. I contatti personali continuano a essere considerati fondamentali per instaurare relazioni e rapporti basati sulla fiducia, mentre i formati digitali offrono vantaggi soprattutto in termini di accesso e continuità. **Discussione e prospettive:** Lo studio evidenzia che la consulenza online e quella combinata sono ormai consolidate nei centri di trattamento delle dipendenze svizzeri, ma vengono scelte principalmente come strumenti complementari e utilizzate con flessibilità. Una delle sfide risiede nella mancanza di una sistematizzazione concettuale: solo pochi centri specializzati dispongono di concetti ben definiti e l'utilizzo viene spesso stabilito caso per caso. A livello pratico vi sono diverse implicazioni: una base concettuale più solida, lo sviluppo mirato delle competenze delle operatrici e degli operatori e un'organizzazione consapevole delle relazioni digitali. Inoltre, i formati digitali dovrebbero essere utilizzati in modo più strategico per migliorare l'accessibilità e la continuità dell'assistenza. In futuro, l'uso delle nuove tecnologie, in particolare dell'intelligenza artificiale, acquisirà sempre più importanza. Tuttavia, nel campo delle dipendenze rimane fondamentale garantire terapie di qualità e relazioni interpersonali.

Summary

Background: Digitalisation is also transforming psychosocial support services in the field of addiction. In particular, online counseling and blended counseling, the systematic combination of digital and analogue formats, are gaining in importance as they are location-independent, flexible and easily accessible. In Switzerland, too, digital services exist across the entire care continuum, with platforms such as SafeZone playing a central role. The aim of this study is to assess these developments in practice. **Research questions:** The study examines four key areas: (1) the prevalence of online counseling and blended counseling in Swiss addiction counselling centres, (2) predictors of the use of digital formats and their relationship to counseling outcomes, (3) experiences of service providers, counsellors and clients with digital solutions, and (4) the conceptual integration of these formats into organisational structures. The aim is to identify facilitating and inhibiting factors and to identify potential for development. **Methodology:** The study employs a mixed-methods design. Quantitative data were collected at the level of specialist centres, counsellors and clients using standardised online surveys (481 counseling cases, 87 counsellors, 9 specialist centres). This was supplemented by 20 qualitative semi-structured interviews to assess experiences and evaluations. The quantitative data were analysed using statistical methods (including mixed-effects models), whilst the qualitative data were evaluated using thematic content analysis. **Results:** The results show that digital counseling is widely established in the Swiss addiction counselling centres examined: around 84% of counsellors use online formats at least occasionally. Nevertheless, face-to-face counseling continues to dominate (over 90% of cases). Digital formats are used in 42% of cases, predominantly as a supplement; purely online formats are rare (6%). Combined formats are used in 36% of cases. The use of digital counseling is frequently initiated by clients and is needs-oriented. The main reasons are flexibility, low barriers to access and better compatibility with everyday demands. At the same time, digital counseling is not actively discussed in many cases, suggesting implicit routines. In terms of effectiveness, there is no significant difference between face-to-face, digital and blended counseling with regard to goal attainment, completion of counseling or change scores. Instead, factors such as treatment duration, prior treatment and referral context are decisive. The qualitative analysis shows that online and combined counseling are usually implemented pragmatically and on a case-by-case basis. Face-to-face contact continues to be regarded as central to relationship-building and trust, whilst digital formats offer particular advantages in terms of access and continuity. **Discussion and outlook:** The study highlights that online and combined counseling are established in Swiss addiction counselling centres, but primarily function as complementary and flexibly applied elements. One challenge lies in the lack of conceptual systematization: only a few specialist centers have developed detailed concepts, whilst implementation is often situational. This has several implications for practice: a stronger conceptual foundation, targeted skills development for professionals, and a conscious approach to digital relationship-building. Furthermore, digital formats should be used more strategically to improve accessibility and continuity of care. Looking ahead, the use of new technologies, particularly artificial intelligence, is set to grow in importance. However, ensuring therapeutic quality and the quality of interpersonal relationships remains crucial in the field of addiction.

1. Hintergrund

Die Digitalisierung hat in den vergangenen zwei Jahrzehnten zu einer grundlegenden Veränderung psychosozialer Unterstützungsangebote geführt (Camenzind et al., 2023; Schaub, 2023). Auch im Bereich der Suchthilfe gewinnt die digitale Beratung zunehmend an Bedeutung, da sie ortsunabhängig, zeitlich flexibel und vielfach niedrigschwelliger zugänglich ist als klassische Präsenzberatung. Online-Beratung entwickelte sich insbesondere durch technologische Fortschritte und pandemiebedingte Zugangsbeschränkungen zu einem zentralen Bestandteil professioneller Hilfeangebote (Bachmann & Hunkeler, 2021). Forschungsergebnisse zu Online-Psychotherapie bei Abhängigkeitserkrankungen, etwa bei Alkoholgebrauchsstörungen, verdeutlichen, dass digital unterstützte kognitive Verhaltenstherapie hinsichtlich Wirksamkeit vergleichbar mit traditionellen Präsenzverfahren ist, was ihre Einsatzfähigkeit im suchttherapeutischen Kontext weiter stützt (Gutierrez et al., 2024).

Ähnlich wie in anderen hochentwickelten Industrie- und Dienstleistungsländern sind digitale Angebote im Schweizer Suchtbereich inzwischen zu einem zentralen Bestandteil des psychosozialen Versorgungssystems geworden und stehen entlang der gesamten Versorgungskette zur Verfügung – von präventiven Massnahmen bis hin zu Nachsorge und Rehabilitation (Johansson et al., 2024). Dabei lassen sich mehrere Modalitäten digitaler Behandlung unterscheiden:

1. Reine Selbsthilfe: Programme, die vollständig eigenständig genutzt werden können und sich besonders für Personen eignen, die auf einen persönlichen Behandlungstermin warten oder eine niedrigschwellige, digitale Unterstützung suchen.
2. Angeleitete Selbsthilfe: Ergänzend zur selbstständigen Nutzung bieten diese Formate einen professionellen Austausch, etwa über verschlüsselte Nachrichten, Chatfunktionen oder ein E-Coach-System, das die Bearbeitung der Selbsthilfemodule begleitet.
3. Enriched Counseling: Beratungsangebote, bei denen die direkte Beratung durch digitale Instrumente ergänzt wird, beispielsweise durch digitale Konsumtagebücher, Online-Assessments, Informationsmodule oder KI-gestützte Anwendungen. Die Beratung findet überwiegend in einem primären Setting statt; digitale Elemente dienen der Unterstützung und Vertiefung des Beratungsprozesses.
4. Kombinierte Beratung: Digitale und analoge Beratung werden kombiniert.
5. Blended Counseling: Beratung mit systematischer, konzeptionell fundierter und passgenauer Kombination digitaler und analoger Kommunikationsformen (Hörmann, 2022). Damit geht Blended Counseling über eine situative Mischung von Kommunikationskanälen hinaus: Entscheidend ist die strukturierte Planung, um eine optimal abgestimmte Kombination verschiedener Settings zu gewährleisten.
6. Reine Online- bzw. telemedizinische Beratung: Diese wird ausschliesslich digital durchgeführt, überwiegend zeitversetzt über gesicherte Nachrichtensysteme oder zunehmend auch synchron per Videotelefonie.

Die Schweizer Online-Plattform SafeZone.ch deckt das gesamte Spektrum digitaler Unterstützungsangebote im Suchtbereich ab. Nutzerinnen und Nutzer erhalten dort grundlegende Informationen zu Substanzen, können über Online-Selbsttests individualisierte Rückmeldungen zu ihrem Konsum erhalten, häufige Fragen und Antworten einsehen oder sich anonym von einer Suchtfachperson beraten lassen. Zudem bietet die Website SafeZone.ch einen strukturierten Überblick über bestehende Online-Selbsthilfeprogramme und stellt mit eigenen Tools wie dem No-Addiction (NoA) Coach zusätzliche digitale Unterstützungsmöglichkeiten bereit. Safezone ist aber nicht nur eine Website, sondern auch eine mandantenfähige Beratungsapplikation. Während über SafeZone.ch die

Online-Beratung anonym erfolgt, können Fachstellen seit 2020 ihrer Klientel auch eine persönliche Online-Beratung anbieten. SafeZone unterstützt sie bei der Implementierung von Blended Counseling (Bachmann & Hunkeler, 2021).

Der Zugang zu diesen lokalen Online-Beratungsmodalitäten kann auf verschiedenen Wegen erfolgen.

1. Über die Website von SafeZone mit verfügbaren Online-Direktkontakten zu lokalen Fachstellen ([Blended Counseling - SafeZone.ch](#)).
2. Über Websites (sogenannte Landing Pages) der lokalen Fachstellen, über die eine niedrigschwellige Kontaktaufnahme zu sowie eine sichere Beratung durch die lokalen Fachpersonen möglich ist (Beispiele siehe ebenfalls [Blended Counseling - SafeZone.ch](#), Links zur «Online-Beratung» pro Fachstelle führen zu den Landin Pages).
3. Über die Fachstelle selbst, welche z.B. telefonisch oder via E-Mail kontaktiert wurde und den Interessierten einen Zugang (QR-Code oder Link) zur Online-Beratung zur Verfügung stellt.
4. Über die Beratungsperson einer Fachstelle, welche Klienten und Klientinnen, die bereits eine Beratung vor Ort in Anspruch nehmen, zusätzlich die Möglichkeit zur Online-Beratung anbietet.

Die lokale Online-Beratung mithilfe der SafeZone-Beratungsapplikation kann textbasiert über ein gesichertes Nachrichtensystem erfolgen, sowohl asynchron als auch synchron, sowie über Videotelefonie über eine selbst gehostete Jitsi-Meet-Lösung.

Dank der engen Zusammenarbeit mit lokalen Fachstellen nimmt das Online-Suchtberatungsangebot von SafeZone national wie international eine Vorreiterrolle ein. Die für SafeZone entwickelte Beratungsapp bildete zudem die Grundlage für stopsmoking.ch, ein eigenständiges Beratungsangebot für Nikotinkonsumierende. Gleichzeitig bieten die technische Infrastruktur und das bewährte Kooperationsmodell zwischen verschiedenen Fachorganisationen eine vielversprechende Grundlage für die Entwicklung weiterer Online- und Blended-Counseling-Angebote, etwa im Bereich psychische Gesundheit.

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Studie, nach mehreren Jahren praktischer Erfahrung mit Online-Beratung und Blended Counseling über SafeZone, eine Bestandsaufnahme vornehmen. Ziel der Studie ist es, das bestehende Angebot zu evaluieren, indem untersucht wird, wie verbreitet Online- und Blended-Counseling-Angebote im Suchtbereich sind, sowohl über SafeZone als auch über weitere Plattformen und Softwarelösungen, und welchen Einfluss diese Online-Angebote auf die Beratungspraxis haben.

Darüber hinaus sollen Stärken, Schwächen, Chancen und Herausforderungen von Blended Counseling und Online-Beratung im Suchtbereich, sowohl allgemein als auch spezifisch im Kontext von SafeZone, identifiziert werden. Auf dieser Grundlage werden Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen und Optimierungen aufgezeigt.

2. Fragestellungen

2.1. Überblick

Mit der mandantenfähigen SafeZone-Beratungsapplikation und anderen Kommunikationskanälen stehen Fachstellen heute vielfältige Möglichkeiten zur Verfügung, ihre Klientel niedrigschwellig zu erreichen, Beratungsprozesse flexibler zu gestalten und neue Formen der Unterstützung zu erproben. Gleichzeitig stellt die Umsetzung von Online-Beratung und Blended Counseling Fachstellen wie auch Beratungspersonen vor neue organisatorische, technische und methodische Herausforderungen.

Bislang ist nur wenig darüber bekannt, wie stark Online-Beratung in der Beratungspraxis von Suchtfachstellen in der Schweiz verbreitet ist, welche Formen von Online-Beratung bzw. Blended Counseling realisiert werden und welche Erfahrungen Fachstellen, Beratende und die Klientel damit machen. Ebenso unklar ist, wie konzeptionell fundiert Online-Angebote in die Arbeitsprozesse der Fachstellen eingebettet sind.

Durch die systematische Erhebung und Auswertung von Daten auf Ebene der Fachstellen, Beratungspersonen und der Klientel soll deren Verbreitung, die praktizierten Formen, die Erfahrungen der Beteiligten sowie die konzeptionelle Verankerung von Online-Beratung und Blended Counseling umfassend untersucht und wissenschaftlich fundiert beschrieben werden.

2.2. Verbreitung von Online-Beratung und Blended Counseling in der Beratungspraxis

Die digitale Transformation und Erfahrungen in der Corona-Pandemie haben unser Kommunikationsverhalten nachhaltig verändert. Sowohl die Klientel als auch Beratende kommunizieren privat und beruflich zunehmend über digitale Medien. Durch die Integration der SafeZone-Beratungsapp eröffnen sich für die beteiligten Fachstellen neue Möglichkeiten zur niedrigschwelligen Kontaktaufnahme, zur Bedürfnisorientierung und Flexibilisierung des Beratungsprozesses (Hörmann, 2022). Gleichzeitig erfordert Online-Beratung aber auch eine entsprechende Ausstattung mit Geräten, Offenheit gegenüber und Kenntnis in der Online-Kommunikation.

Allerdings ist bislang weitgehend unklar, bei wie vielen Klienten und Klientinnen Online-Beratung oder Blended Counseling durchgeführt wird, welche Beratungsverläufe existieren und welche digitalen Tools dafür eingesetzt werden. Innerhalb der vorliegenden Studie soll deren Verbreitung in der Beratungspraxis lokaler Suchtfachstellen in der Schweiz systematisch untersucht werden.

2.3. Prädiktoren der Beratungsmodalität und des Beratungserfolgs

Neben der Verbreitung von Online-Beratung und Blended Counseling in Schweizer Suchtfachstellen ist bislang auch wenig über Merkmale auf Ebene der Fachstellen, der Beratungspersonen und der Klientel bekannt, welche mit der Realisierung von Online-Beratung assoziiert sind. Durch die gleichzeitige Berücksichtigung von Merkmalen auf Ebene der Fachstellen (z.B. Grösse, Vergütung von Online-Beratung, Konzept für Online-Beratung), auf Ebene der Beratungspersonen (z.B. Alter, Technologieaffinität) und auf Ebene der Klientel (z.B. Hauptproblem, Schulbildung, Arbeit, Soziodemographie) sollen wissenschaftlich fundiert fördernde und hemmende Faktoren für die Realisierung von Online-Beratung sowie auch Ansatzpunkte zur Erhöhung des Impacts von Online-Beratung identifiziert werden.

Durch die systematische Verknüpfung der Beratungsmodalitäten mit der Klientel-, Beratenden- und Fachstellencharakteristika und Indikatoren des Behandlungserfolgs (z.B. Beratungsabbruch, Zielerreichung), soll auch eruiert werden, welche Beratungsmodalitäten besonders vielversprechend sind und über welche Massnahmen die Durchführung erfolgsversprechender Beratungsmodalitäten gefördert werden könnte.

2.4. Erfahrungen mit Online-Beratung und Blended Counseling

Mittlerweile besteht die Möglichkeit zu Blended Counseling oder Online-Beratung in vielen Fachstellen und eine grosse Anzahl Beratungspersonen konnte bereits wertvolle Erfahrungen sammeln. Ziel vorliegender Studie ist, die positiven und negativen Erfahrungen der Fachstellen, der Beratungspersonen und der Klientel systematisch zu erheben, um daraus mögliche Chancen und Optimierungsmöglichkeiten abzuleiten. Dabei sollen Stärken und Schwächen von Blended Counseling und Online-Beratung, in Hinblick auf die Zugänglichkeit zur Beratung, die Nachsorge, die Bedürfnisorientierung und den Behandlungserfolg eruiert werden. Darauf basierend sollen Chancen und Herausforderungen der Online-Beratung im Suchtbereich und daraus resultierende Entwicklungs- und Optimierungsmöglichkeiten für SafeZone identifiziert werden.

2.5. Konzeptionelle Fundierung von Online-Beratung und Blended Counseling

Die konzeptionelle Einbettung von Online-Beratung und Blended Counseling in den beteiligten Fachstellen wurde bislang nur ansatzweise exploriert (Hörmann, 2020). Ziel vorliegender Studie ist, wiederum via systematisch erhobener Daten bei allen beteiligten Fachstellen, die Einbettung von Online-Beratung und Blended Counseling darzustellen. Dabei soll es u.a. darum gehen, welche Ressourcen (z.B. Arbeitsplatz, PC, Vergütung) den Mitarbeitenden zur Verfügung stehen, wie die Arbeitsorganisation erfolgt, ob auf Ebene der Fachstelle ein spezifisches Konzept oder Empfehlungen zur Durchführung von Online-Beratung vorliegen und inwieweit durch Leitlinien die Arbeitsabläufe im Zusammenhang mit Online-Beratung geregelt sind.

3. Methodik

3.1. Methoden zur Datengewinnung

3.1.1. Quantitative Datenerhebung

Zur Beantwortung der Fragestellungen zur Verbreitung von Online-Beratung, zu Prädiktoren für Online-Beratung und Beratungserfolg sowie auch zur konzeptionell fundierten Bereitstellung erfolgte eine systematische Erhebung von primär quantitativen Daten auf Ebene der beteiligten Fachstellen, der beteiligten Beratungspersonen und Klientel. Ziel war, über eine Vollerhebung in einem begrenzten Zeitraum, die Beratungspraxis in den beteiligten lokalen Fachstellen systematisch nachzuvollziehen.

Alle Leitenden, der an der Studie teilnehmenden Fachstellen, wurden zunächst zur Teilnahme an einer Arbeitsgruppe zur Planung der konkreten Erhebungsdurchführung in den Fachstellen sowie zur Entwicklung der Items für die Erhebungsinstrumente eingeladen. Diese Arbeitsgruppe mit Vertretern aus 6 Fachstellen traf sich zu zwei Onlinebesprechungen im März und Mai 2025. Die Erhebungsinstrumente wurden mehrfach durch die Arbeitsgruppe optimiert und auch den übrigen an den Erhebungen beteiligten Fachstellen und weiteren Projektbeteiligten (BAG, Infodrog, externer Experte Prof. Dr. Thomas Berger) zur Überprüfung, Kommentierung und Optimierung zur Verfügung gestellt. Entsprechende Optimierungsvorschläge wurden in den finalen Versionen berücksichtigt.

Hinsichtlich der Zielgruppe für die quantitativen Erhebungen wurde festgelegt, dass pro Fachstelle eine Leitende Person (Stellenleitung oder therapeutische Leitung) die Befragung zu Charakteristika der Fachstelle durchführen soll. Weiter sollten alle Beratungspersonen der beteiligten Fachstellen, unabhängig davon, ob sie bereits Erfahrungen mit Blended Counseling oder Online-Beratung haben oder nicht, zur Erhebung der Charakteristika auf Ebene der Beratungspersonen eingeladen werden. Auch bei der Klientel sollte eine Vollerhebung (durch die Beratungsperson ausgefüllt) über einen begrenzten Zeitraum erfolgen, d.h. es sollten Daten zu allen Fällen, die im Zeitraum von 08/2025 bis 11/2025 abgeschlossen wurden, gesammelt werden, bei deren Eintritt die Möglichkeit von Online-Beratung oder Blended Counseling in der Fachstelle bereits verfügbar war. Dabei wurden sogenannte «Kurzberatungen», die üblicherweise weniger als 3 Sitzungen umfassen und für die auch keine Dokumentationen aus den [Suchthilfestatistiken act-info](#) vorhanden sind, ausgeschlossen. In die Erhebungen eingeschlossen wurden dagegen Beratungen von Angehörigen.

Dementsprechend wurden vier unabhängige Instrumente für die quantitativen Erhebungen entwickelt:

1. Fragebogen Fachstelle
2. Fragebogen Beratungsperson
3. Fragebogen für selbstbetroffene Klientinnen und Klienten
4. Fragebogen für angehörige Klientinnen und Klienten

Bei der Entwicklung der Fragebögen wurde beachtet, alle für die Studie relevanten Charakteristika auf Ebene Fachstelle/Beratungsperson/Klientin und Klient angemessen zu berücksichtigen aber auch den Erhebungsaufwand für die Stellen, soweit wie möglich, zu reduzieren. Letzteres wurde insbesondere durch die Verwendung von Items aus bereits in vielen Fachstellen implementierten Dokumentations- und Monitoringsystemen (z.B. act-info SAMBAD) erreicht.

Um möglichst vollständige und aussagekräftige Datensätze zu erhalten (Edwards et al., 2005), erhielten die Fachstellen für die Erfassung der Daten der Klientinnen und Klienten eine

Aufwandsentschädigungen in Höhe von 10 CHF pro erfasstem Fall. Für die Beratungspersonen war die Umfrage anonym.

Die quantitativen Erhebungen erfolgten online mittels *LimeSurvey*, einem Tool zur datenschutzkonformen Erhebung von Daten via Internet. Die technische Umsetzung dieser LimeSurvey Befragungen sowie deren Verknüpfung (Zuordnung von Klientel zu Beratungspersonen und von Beratungspersonen zu Fachstellen mittels Tokens) erfolgten im Juli 2025. Anschliessend erfolgte eine ausführliche Testung der Online-Erhebungen und eine Einführung der beteiligten Fachstellen zum genauen Prozedere und Zeitplan der quantitativen Datenerhebung.

3.1.2. Qualitative Datenerhebung

Zu den Erfahrungen mit Online-Beratung und der SafeZone-Beratungsapplikation sowie der konzeptionell fundierten Bereitstellung, erfolgte ergänzend zur quantitativen Erhebung eine systematische Erhebung qualitativer Daten auf Ebene der beteiligten Fachstellen, der beteiligten Beratungspersonen sowie der Klientinnen und Klienten mittels halbstrukturierter Interviews. Die Vorteile dieser halbstrukturierten Befragungsmethode liegen in deren Möglichkeit, auf die Antworten der Befragten zu reagieren und weitere Fragen zu stellen, die tiefere Einsicht in ein Thema und damit ein umfassenderes Verständnis ermöglichen.

Um bei angemessenem Aufwand aussagekräftige qualitative Daten zu erhalten, wurden zwischen März und Mai 2026 Interviews mit Fachstellenleitenden, Beratungspersonen und Klientinnen sowie Klienten durchgeführt. Ziel war, aus jeder der 10 beteiligten Fachstellen ein Interview mit der Stellenleitung, einer Beratungsperson (mit Erfahrung in Online-Beratung) und einer Klientin/einem Klienten (mit Erfahrung in Online-Beratung) durchzuführen, d.h. Insgesamt 3 Interviews pro Fachstelle. Aufgrund unterschiedlicher Verfügbarkeiten und Rückmeldungen konnten schliesslich insgesamt 20 Interviews realisiert werden, darunter 9 Interviews mit Leitenden von Fachstellen, 7 Interviews mit Beratungspersonen sowie 4 Interviews mit Klientinnen und Klienten. Die 30 bis 45-minütigen Interviews wurden via Microsoft Teams durchgeführt und aufgezeichnet. Die erhobenen Daten wurden aber ausschliesslich in anonymisierter Form weiterverarbeitet, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich waren. Die teilnehmenden Klientinnen und Klienten erhielten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 50 Franken für die Teilnahme an den Interviews.

3.2. Datenaufbereitung und -auswertung

Die mittels Online-Fragebogen erhobenen Daten wurden auf Plausibilität und Konsistenz überprüft, bereinigt und anschliessend unter Nutzung der Statistikprogramme SPSS ([IBM SPSS Statistics | IBM](#)) und R ([R: The R Project for Statistical Computing \(r-project.org\)](#)) ausgewertet. Neben deskriptiven Analysen, z.B. zum Anteil von Blended oder Online-Beratung in der Beratungspraxis, sollte auch exploriert werden, welche Faktoren dazu führen, dass Klientinnen und Klienten analoge, digitale, kombinierte oder blended Beratungsmodalitäten nutzen, und welche Bedingungen mit einem erfolgreichen Beratungsverlauf zusammenhängen.

Dazu wurden Mixed Effects Models (Bates et al., 2015) verwendet, welche besonders nützlich sind, wenn die Daten wie in vorliegender Studie hierarchisch strukturiert sind und die beobachteten Daten auf verschiedenen Ebenen vorliegen. So können mehrere Klientinnen und Klienten einer Beratungsperson zugeordnet werden und mehrere Beratungspersonen sind bei einer Fachstelle beschäftigt.

Für Zielgrössen mit zwei Kategorien (z. B. „digitale Beratung ja/nein“) wurden logistische Mixed Models berechnet. Für den globalen Veränderungsscore wurde ein lineares Mixed Model genutzt. Alle Berechnungen erfolgten mit der Statistiksoftware R.

Es wurde geprüft, ob zusätzlich auch Unterschiede zwischen Fachstellen statistisch berücksichtigt werden sollten. Da es jedoch nur neun Fachstellen gab, wäre eine zusätzliche Ebene statistisch nicht stabil genug gewesen, weshalb darauf verzichtet wurde.

Um die Ergebnisse für die Praxis leichter verständlich zu machen, wurden signifikante statistische Befunde zusätzlich durch anteilmässige Vergleiche (z. B. Prozentwerte) ergänzt. Bei kontinuierlichen Variablen wurde hierfür ein Mediansplit verwendet (Aufteilung in niedrige und hohe Ausprägungen), um die Unterschiede zwischen Gruppen sichtbar zu machen.

Die Auswertung der Antworten auf die qualitativen Interviewfragen erfolgte mittels induktiver Kodierung über das Programm NVivo und inhaltlicher Strukturierung der Resultate gemäss der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring, 2010). Die transkribierten Interviews wurden anhand einer reflexiven thematischen Analyse (Braun & Clarke, 2006) ausgewertet. Dabei wurden relevante Textstellen zunächst offen und überwiegend induktiv codiert. Anschliessend wurden inhaltlich ähnliche Codes zusammengeführt und zu übergeordneten Themenbereichen gebündelt. Die Themen wurden im weiteren Analyseprozess überprüft, geschärft und entlang der Forschungsfragen strukturiert. Zur Veranschaulichung der Ergebnisse wurden exemplarische Interviewzitate ausgewählt und durch Häufigkeitsangaben ergänzt.

4. Ergebnisse

Zusammenfassung der Ergebnisse zur Verbreitung von Online-Beratung

Die Ergebnisse der quantitativen Befragungen zeigen, dass Online-Beratung im Schweizer Suchtbereich inzwischen weit verbreitet ist und sich als fester, wenn auch überwiegend ergänzender Bestandteil der Beratungspraxis etabliert hat. Aus Sicht der Fachstellenleitungen nutzten im Durchschnitt rund 84 % der Beratungspersonen Online-Beratung zumindest gelegentlich. Zudem war Online-Beratung in allen teilnehmenden Fachstellen finanziell vollständig gleichgestellt mit Face-to-Face-Beratung, was auf eine institutionelle Anerkennung digitaler Formate hinweist.

Die strukturellen Voraussetzungen für Online-Beratung waren in den Fachstellen weitgehend gegeben. Die erforderliche Hardware (Computer, Laptops, Headsets) stand fast überall zur Verfügung, ebenso entsprechende Softwarelösungen, insbesondere SafeZone. Dennoch zeigte sich bei der konzeptionellen Verankerung ein heterogenes Bild: Nur eine Fachstelle verfügte über ein umfassendes, schriftlich ausgearbeitetes Konzept zur Online-Beratung, während die Mehrheit lediglich über Merkblätter oder informelle Leitlinien verfügte. Ein Drittel der Fachstellen hatte keine formalisierte konzeptionelle Grundlage.

Auf Ebene der Beratungspersonen nahm Online-Beratung im Arbeitsalltag einen vergleichsweise begrenzten zeitlichen Umfang ein. Im Mittel entfielen rund 12 % der wöchentlichen Arbeitszeit in der Suchtberatung auf Online-Beratung. Reine Online-Tätigkeit im Homeoffice spielte insgesamt eine geringe Rolle. Die Technologieaffinität der Beratungspersonen lag im Durchschnitt im unteren bis mittleren Bereich, wies jedoch eine grosse individuelle Spannweite auf.

Die Analyse der 409 Beratungsfälle von direkt betroffenen Klientinnen und Klienten zeigt, dass analoge Beratungsmodalitäten nach wie vor dominieren. Über 90 % der Klientinnen und Klienten nahmen mindestens eine Face-to-Face-Beratung in Anspruch. Gleichzeitig kam in gut 42 % der Fälle mindestens einmal eine digitale Beratungsmodalität zum Einsatz. Reine Online-Beratungsverläufe waren mit rund 6 % selten, während in etwa 36 % der Fälle analoge und digitale Formate kombiniert wurden. Digitale Beratung fungierte somit überwiegend als Ergänzung zu persönlichen Gesprächen.

Bei den eingesetzten Kommunikationsformen zeigte sich eine klare Hierarchie. Am häufigsten wurden Telefonate bzw. auditive synchrone Kontakte sowie textbasierte asynchrone Kommunikation (vor allem E-Mail und SafeZone-Nachrichten) genutzt. Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist hier erwähnenswert, dass unverschlüsselte E-Mails etwa sieben Mal häufiger als verschlüsselte E-Mails verwendet wurden. Videobasierte Beratung spielte dagegen nur eine marginale Rolle. Die Initiative für digitale Beratung ging in den meisten Fällen von den Klientinnen und Klienten selbst aus oder wurde gemeinsam mit den Beratungspersonen getroffen; Wünsche der Fachpersonen allein waren selten ausschlaggebend.

Als zentrale Gründe für den Einsatz digitaler Beratung wurden insbesondere Niedrigschwelligkeit, organisatorische Flexibilität, bessere Vereinbarkeit mit dem Alltag, Kriseninterventionen sowie geografische Distanz genannt. Umgekehrt zeigte sich, dass digitale Beratung in vielen Fällen gar nicht thematisiert wurde, wenn sie nicht eingesetzt wurde – technische Barrieren spielten dabei kaum eine Rolle. Dies deutet darauf hin, dass die Nutzung digitaler Formate weniger durch strukturelle Hindernisse als vielmehr durch implizite Routinen und Prioritätensetzungen beeinflusst wird.

Die kombinierte Nutzung analoger und digitaler Beratung erfüllte nur selten die Kriterien eines konzeptionell fundierten Blended Counseling. Zwar wurden viele kombinierte Fälle subjektiv zumindest teilweise als Blended Counseling eingeordnet, eine systematische, bewusst geplante und

theoretisch fundierte Verzahnung der Formate blieb jedoch die Ausnahme. Für die Auswertung der Fälle von Blended Counseling wurde die subjektive Deklaration verwendet. Insgesamt bewerteten die Beratungspersonen den potenziellen Mehrwert eines stärkeren Blended-Ansatzes eher zurückhaltend. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Online-Beratung im Schweizer Suchtbereich weit verbreitet und institutionell akzeptiert ist, jedoch primär situativ, klientenorientiert und ergänzend eingesetzt wird. Eine konsequente, konzeptionell fundierte Umsetzung von Blended Counseling stellt bislang eher die Ausnahme als den Regelfall dar.

4.1. Verbreitung von Online-Beratung in der Beratungspraxis

4.1.1. Datengrundlage

Leitende von 18 Fachstellen in der deutsch- und französischsprachigen Schweiz wurden im Jahr 2024 via E-Mail und persönlicher Ansprache durch Infodrog eingeladen, sich an den Erhebungen im Rahmen des Projekts zu beteiligen. Einschlusskriterien waren das Vorhandensein einer SafeZone Landing Page und die Möglichkeit zur lokalen Online-Beratung via SafeZone. Die folgenden 9 der insgesamt 18 eingeladenen Fachstellen beteiligten sich an den quantitativen Erhebungen:

- Gesundheitsdepartement Basel-Stadt
- Suchthilfe Region Basel
- Berner Gesundheit
- Blaues Kreuz, St. Gallen
- Suchtberatung Region Will
- Integrierte Suchthilfe Winterthur
- Stadt Zürich, Saferparty Streetwork
- Suchtfachstelle Zürich
- Amt für Gesundheit, Suchtberatung Zug

Insgesamt 87 Beratungspersonen dieser Fachstellen erfassten 481 Fälle, die im Zeitraum von 08/2025 bis 11/2025 abgeschlossen wurden. Eine Fachstelle (Suchthilfe Region Basel) musste sich bei den Fallerefassungen aus Ressourcengründen auf den Monat 08/2025 beschränken. Von den 481 erfassten Fällen waren 409 Beratungen von direkt Betroffenen, 72 waren Beratungen von Angehörigen.

4.1.2. Fachstellen

4.1.2.1. Sitz und Grösse der Fachstellen

Die Online-Befragungen der Fachstellenleitungen erfolgten zwischen Juli und Oktober 2025. Zum Befragungszeitpunkt beschäftigten die an der Untersuchung beteiligten Fachstellen mit Sitz in den Kantonen Basel-Stadt (n = 2), Bern (n = 1), St. Gallen (n = 2), Zug (n = 1) und Zürich (n = 3) insgesamt 117 Mitarbeitende im Bereich der Suchtberatung. Pro Fachstelle waren durchschnittlich 13.0 Mitarbeitende (SD = 14.2) ohne administrative Funktionen in der Suchtberatung tätig. Die Spannweite reichte dabei von 3 bis 49 Mitarbeitenden pro Fachstelle und fiel somit sehr gross aus.

Ein Vergleich mit den 87 Beratungspersonen, die an den quantitativen Erhebungen teilnahmen, zeigt eine numerische Abweichung. Gemäss den Aussagen der Stellenleitenden ist diese vorwiegend auf

Fluktuation, temporäre Abwesenheiten sowie auf die Nichtteilnahme einzelner Beratungspersonen an den Befragungen zurückzuführen.

Analog zur Anzahl der Mitarbeitenden variierte auch das Gesamtpensum (Stellenprozente) im Bereich der Suchtberatung erheblich. Dieses bewegte sich zwischen 220 % und 3615 %, bei einem Mittelwert von 920.6 % (SD = 1054.3 %).

4.1.2.2. Online-Beratung und Blended Counseling in den Fachstellen

Alle beteiligten Fachstellen führten im Zeitraum zwischen Januar 2015 und Dezember 2024 Online-Beratung über die Plattform SafeZone, sowohl lokal als auch national, ein. Den Angaben der Stellenleitenden zufolge nutzten durchschnittlich 83.9 % (SD = 26.0 %) der Beratungspersonen im Bereich Sucht Online-Beratung zumindest gelegentlich. Sämtliche Stellenleitungen berichteten, dass Online-Beratung finanziell zu 100 % gleichwertig zu Face-to-Face-Beratungen vergütet werden.

Hinsichtlich der Arbeitszeitmodelle boten alle neun Fachstellen ein Gleitzeitmodell an. In zwei Fachstellen (22.2 %) bestand vollständige Gleitzeit, während in sieben Fachstellen (77.8 %) Gleitzeitregelungen mit zeitweiser Anwesenheitspflicht galten, insbesondere während der Öffnungszeiten oder bei Teamsitzungen.

Die Regelungen zum Homeoffice gestalteten sich sehr unterschiedlich. Zwei Fachstellen (22.2 %) erlaubten einen fixen Homeoffice-Tag pro Woche. In den übrigen sieben Fachstellen (77.8 %) waren die Regelungen flexibler, noch nicht klar definiert, bedarfsabhängig oder individuell ausgestaltet. Wochenendarbeit war in zwei Fachstellen (22.2 %) explizit untersagt; die übrigen Stellenleitenden bezeichneten sie als «unüblich». Keine Fachstelle stufte Wochenendarbeit als «üblich» oder «verbreitet» ein.

Die notwendige Hardware zur Umsetzung von Online-Beratung war in allen Fachstellen vorhanden. In acht Fachstellen (88.9 %) standen Kopfhörer mit Mikrofon zur Verfügung, und alle Fachstellen (n = 9, 100 %) verfügten über Laptops oder Computer für den Einsatz im Büro. Ein Laptop oder Computer für den Heimgebrauch wurde in acht Fachstellen (88.9 %) bereitgestellt. Deutlich seltener wurden ein Geschäfts-Mobiltelefon (n = 2, 22.2 %) oder ein All-in-One-Videokonferenzgerät (n = 1, 11.1 %) zur Verfügung gestellt.

Auf der Softwareebene verwendeten alle Fachstellen SafeZone (n = 9, 100 %), fünf Fachstellen (55.6 %) zusätzlich den *No-Addiction (NoA)-Coach*. Sieben Stellenleitende (77.8 %) gaben an, ihren Mitarbeitenden eine Videokonferenzsoftware wie Zoom, Teams oder Jitsi zur Verfügung zu stellen. Drei Fachstellen (33.3 %) ermöglichten die Nutzung von WhatsApp für Online-Beratung, während andere Messenger-Dienste wie Threema, Signal oder Telegram von keiner Fachstelle genannt wurden. Eine sichere E-Mail-Umgebung (z. B. HIN, IncaMail oder SEPPmail) war in sechs Fachstellen (66.7 %) verfügbar.

Bezüglich konzeptioneller Grundlagen zur Online-Beratung / Blended Counseling berichtete eine Fachstelle (11.1 %), über ein ausführliches Konzept zu verfügen. Fünf Fachstellen (55.6 %) gaben an, zumindest ein Merkblatt oder ähnliche Leitlinien zu nutzen, während drei Fachstellen (33.3 %) das Vorliegen eines entsprechenden Konzepts verneinten. Das ausführliche Konzept umfasste unter anderem Informationen und Handbücher zur sicheren Online-Beratung, Begriffsdefinitionen zu Online-Beratung und Blended Counseling, Ablaufbeschreibungen für unterschiedliche Beratungssettings, Regelungen zur Datenerhebung und -erfassung, technische Rahmenbedingungen sowie Vorgaben zu Ausbildung, Support, Qualitätssicherung und administrativer Unterstützung.

Online-Gruppenangebote für Angehörige oder Betroffene wurden von vier der neun Fachstellen (44.4 %) angeboten.

4.1.3. Beratungspersonen

4.1.3.1. Soziodemographie

Von den 87 befragten Beratungspersonen waren 49 (56.8 %) männlich, 37 (42.5 %) weiblich und eine Person (1.1 %) identifizierte sich als divers. Das durchschnittliche Alter betrug 45.7 Jahre ($SD = 12.7$), wobei die Altersspanne von 18 bis 73 Jahre reichte.

Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses verfügte die grosse Mehrheit der Beratungspersonen über einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss ($n = 81$, 93.1 %). Zwei weitere Personen (2.3 %) hatten ein Doktorat oder eine Habilitation abgeschlossen. Vier Beratungspersonen (4.5 %) gaben eine berufliche Grundbildung, eine Maturität, ein Lehrkräfteseminar oder eine höhere Berufsbildung als höchsten Bildungsabschluss an.

4.1.3.2. Aus- und Weiterbildungen

Bezogen auf beratungsspezifische Aus- und Weiterbildungen waren die Abschlüsse als Sozialarbeiter/in ($n = 44$, 50.6 %) und als systemische/r Berater/in ($n = 42$, 48.3 %) am häufigsten vertreten. Ebenfalls häufig genannt wurden Abschlüsse als Psychologe bzw. Psychologin ($n = 20$, 23.0 %), anerkannte/r Psychotherapeut/in ($n = 14$, 16.1 %), Suchtberater/in ($n = 8$, 9.2 %) sowie Sozialpädagoge bzw. Sozialpädagogin ($n = 5$, 5.7 %).

Eine spezifische Weiterbildung im Bereich der Online-Beratung hatten 25 Beratungspersonen (28.7 %) absolviert. Davon bezog sich die Mehrheit dieser Weiterbildungen ($n = 18$, 72.0 %) auf die Nutzung von SafeZone.

Auf die Frage nach der theoretischen Ausrichtung, auf der ihre Suchtberatung basiert, nannten die meisten Beratungspersonen einen systemisch-lösungsorientierten Ansatz ($n = 71$, 81.6 %). Häufig vertreten waren zudem personenzentrierte Ansätze bzw. die motivierende Gesprächsführung ($n = 45$, 51.7 %), kognitiv-behaviorale Ansätze ($n = 22$, 25.3 %) sowie integrative Konzepte ($n = 13$, 14.9 %). Weniger häufig wurden Gestalttherapie, körperzentrierte Therapie und Psychodrama (je $n = 4$, 4.6 %) genannt. Achtsamkeitsbasierte Interventionen sowie auf der Ego-State-Therapie basierende Beratungsansätze wurden jeweils von zwei Personen (2.3 %) angegeben.

4.1.3.3. Rahmenbedingungen der Beratungstätigkeit

Die Beratungspersonen arbeiteten durchschnittlich 22.3 Stunden pro Woche ($SD = 9.3$) direkt mit Klientinnen und Klienten im Bereich der Suchtberatung. In diese Angabe wurden sowohl Online-Beratungen als auch damit verbundene administrative Tätigkeiten einbezogen. Die wöchentliche Arbeitszeit in der Suchtberatung variierte stark und lag zwischen 2 und 42 Stunden.

Für Online-Beratungen wendeten die Befragten im Mittel 2.43 Stunden pro Woche auf ($SD = 2.0$). Dies entspricht durchschnittlich 12.2 % ($SD = 10.1$ %) der gesamten Tätigkeit in der Suchtberatung, wobei der Anteil der Online-Beratung zwischen 0 % und 50.0 % lag.

Im Homeoffice arbeiteten die Beratungspersonen im Mittel lediglich 0.49 Stunden pro Woche ($SD = 1.4$). Insgesamt gaben 73 Personen an, nicht im Homeoffice tätig zu sein. Bei den 14 im Home-Office tätigen Beratungspersonen lag der zeitliche Umfang zwischen 1 und maximal 6 Stunden pro Woche. Über alle Befragten hinweg betrug der durchschnittliche Anteil der Homeoffice-Tätigkeit 2.1 % ($SD = 5.4$ %, Spannweite 0–20.0 %).

4.1.3.4. Technologieaffinität

Die Technologieaffinität der Beratungspersonen wurde mithilfe des Fragebogens zur interaktionsbezogenen Technikaffinität (ATI) (Franke et al., 2018) erhoben. Dieses Instrument misst,

wie stark Personen dazu neigen, aktiv und gern mit technischen Systemen zu interagieren. Die Skalenwerte reichen von 1 bis 6, wobei Werte zwischen 3.5 und 4.0 eine durchschnittliche Technikaffinität anzeigen; höhere Werte stehen für eine erhöhte, niedrigere Werte für eine geringere Technikaffinität. Die mittlere Technologieaffinität der befragten Beratungspersonen lag bei 3.2 (SD = 1.0). Auch hier zeigte sich eine grosse Streuung der Werte, mit einer Spannweite von 1.3 bis 5.4.

4.1.4. Direkt betroffene Klientinnen und Klienten

4.1.4.1. Soziodemographie

Insgesamt wurden 409 Beratungsfälle von direkt betroffenen Klientinnen und Klienten ausgewertet. Davon waren 267 Personen männlich (65.3 %), 139 weiblich (34.0 %) und 2 divers (0.5 %); bei 1 Person (0.2 %) fehlte die Angabe zum Geschlecht. Das mittlere Alter der Klientel betrug 38.4 Jahre (SD = 15.4), die Altersspannweite lag zwischen 12 und 77 Jahren.

Bezüglich des Zivilstands waren 245 Personen ledig (59.9 %), 83 verheiratet (20.3 %), 39 geschieden (9.5 %), 7 gerichtlich getrennt (1.7 %), 5 verwitwet (1.2 %) und 3 in eingetragener Partnerschaft (0.7 %). Hinsichtlich des höchsten Bildungsabschlusses verfügten 138 Personen über eine berufliche Grundausbildung (33.7 %), 70 über einen obligatorischen Schulabschluss (17.1 %) und 32 über keine oder nur teilobligatorische Ausbildung (7.8 %). Eine höhere Berufsbildung gaben 42 Personen (10.3 %) an, einen Fachhochschul- oder Universitätsabschluss 46 Personen (11.2 %) und ein Doktorat bzw. eine Habilitation 2 Personen (0.5 %). Bei 51 Personen (12.5 %) fehlte eine entsprechende Angabe.

Die wirtschaftliche Situation zeigte sich differenziert: 189 Personen (46.2 %) bestritten ihren Lebensunterhalt primär durch Erwerbseinkommen, 54 Personen (13.2 %) durch Renten (AHV/IV), 49 Personen (12.0 %) durch Sozialhilfe/Fürsorge und 53 Personen (13.0 %) durch Unterstützung von Eltern, Familienmitgliedern oder Freunden. Weitere Einnahmequellen waren Arbeitslosenversicherung (15 Personen, 3.7 %), Taggeldversicherung (6 Personen, 1.5 %) oder Partner/Partnerin (7 Personen, 1.7 %). Bei 26 Fällen (6.4 %) war der Lebensunterhalt unbekannt.

Der Haupteinwerbstatus in den 30 Tagen vor Eintritt war bei 161 Personen Vollzeitarbeit (39.4 %), 30 Teilzeitarbeit (7.3 %), 33 arbeitslos mit aktiver Stellensuche (8.1 %), 29 arbeitslos ohne aktive Suche (7.1 %), 32 arbeitsunfähig (7.8 %), 18 in Ausbildung (4.4 %) und 23 im Ruhestand (5.6 %). Bei 27 Fällen (6.6 %) lagen keine Angaben vor.

4.1.4.2. Beratungsdauer und Zuweisung

Die mittlere Dauer der Beratung zwischen Eintritt und Abschluss betrug 478.0 Tage (SD = 327.4), mit einer Spannweite von 66 bis 2'572 Tagen. Bereits vor Eintritt in die aktuelle Beratung waren 200 Personen (48.9 %) in Behandlung oder Beratung aufgrund von Substanzproblemen oder suchtähnlichem Verhalten. Davon entfielen 97 Fälle (23.7 %) auf frühere Alkoholberatungen, 71 Fälle (17.4 %) auf Drogenprobleme inklusive Cannabis, 25 Fälle (6.1 %) auf Verhaltenssüchte, 6 Fälle (1.4 %) auf Medikamentenabhängigkeit und 5 Fälle (1.2 %) auf Tabakabhängigkeit. Eine frühere Substitutionsbehandlung lag bei 10 Personen (2.4 %) vor.

Der Zugang zur Fachstelle erfolgte überwiegend aus eigener Initiative: 216 Klientinnen und Klienten (52.8 %) suchten die Beratung ohne Beteiligung einer externen Instanz auf. Vermittlungen erfolgten über Arztpraxen (43 Fälle, 10.5 %), andere Gesundheits- oder Sozialdienste (42 Fälle, 10.3 %), Justiz- bzw. Polizeibehörden (36 Fälle, 8.8 %) oder andere spezialisierte Suchteinrichtungen (30 Fälle, 7.3 %).

4.1.4.3. Beendigung der Beratung und Nachsorge

Bei 228 Klientinnen und Klienten (55.7 %) wurde die Beratung planmässig beendet, davon 198 Fälle (48.4 %) ohne und 30 Fälle (7.3 %) mit Übertritt in eine suchtspezifische Institution.

Unplanmässige Beendigungen erfolgten am häufigsten aufgrund von Kontaktverlust (150 Fälle, 36.7 %), gefolgt von expliziten Abbrüchen (18 Fälle, 4.4 %), Wohnortwechsel (4 Fälle, 1.0 %), Hospitalisierung (4 Fälle, 1.0 %), Tod (4 Fälle, 1.0 %) und Inhaftierung (1 Fall, 0.2 %). Eine vorbereitete Nachsorge lag bei 78 Klientinnen und Klienten (19.1 %) vor.

4.1.4.4. Hauptprobleme und Zielerreichung

Das häufigste Hauptproblem war Alkohol (174 Fälle, 42.5 %), gefolgt von Cannabis (54 Fälle, 13.2 %), Kokain (41 Fälle, 10.0 %), Glücksspielsucht (25 Fälle, 6.1 %), Essstörungen (25 Fälle, 6.1 %), Tabak (19 Fälle, 4.6 %) und problematischer Online-/Social-Media-Nutzung (16 Fälle, 3.9 %).

Die Konsumhäufigkeit der Hauptproblemsubstanz war bei 138 Personen täglich (33.7 %), bei 69 Personen an 4–6 Tagen pro Woche (16.9 %), bei 79 Personen an 2–3 Tagen pro Woche (19.3 %) und bei 29 Personen (7.1%) an maximal einem Wochentag. Bei 59 Fällen (14.4 %) trat das Hauptproblem in den letzten 30 Tagen vor Eintritt nicht auf.

Als Konsumziel gaben 168 Personen (41.1 %) einen kontrollierten Konsum, 133 Personen (32.5 %) eine definitive Abstinenz und 36 Personen (8.8 %) eine zeitlich begrenzte Abstinenz an. Noch nicht festgelegt hatten sich 28 Personen (6.8%), 9 (2.2%) beabsichtigten keine Beschränkung ihres Konsums. Das jeweilige Konsumziel wurde bei Abschluss von 145 Personen (35.5 %) vollständig und bei 90 Personen (22.0 %) teilweise erreicht. Bei 61 Fällen (14.9 %) wurde es nicht erreicht; bei 113 Personen (27.6 %) war keine Beurteilung möglich.

Eine Verbesserung des Suchtmittelkonsums wurde bei 161 Personen (39.4 %) dokumentiert, eine Verschlechterung bei 11 Personen (2.7 %). Der psychische Allgemeinzustand verbesserte sich bei 176 Klientinnen und Klienten (43.0 %), der somatische Zustand bei 103 Personen (25.2 %). Über alle Problembereiche hinweg lag der mittlere Veränderungswert bei 2.4 (SD = 0.5) auf einer Skala von 1 = verschlechtert bis 3 = verbessert.

4.1.4.5. Kommunikationswege beim Erstkontakt

Der Erstkontakt der direkt betroffenen Klientinnen und Klienten mit den Fachstellen erfolgte über unterschiedliche Kommunikationswege. Am häufigsten fand der Erstkontakt auditiv und synchron statt, in der Regel über einen Telefonanruf oder einen Online-Call ohne Video. Dieser Kommunikationsweg wurde in 225 Fällen (55.0 %) genutzt und stellte damit den mit Abstand wichtigsten Zugang zur Beratung dar. An zweiter Stelle folgte der physische Besuch in der Fachstelle (Face-to-Face), der bei 87 Klientinnen und Klienten (21.3 %) als Erstkontakt gewählt wurde. Ebenfalls relevant war der textbasierte digitale asynchrone Erstkontakt, etwa über E-Mail, Kontaktformulare oder Foren, der in 83 Fällen (20.3 %) erfolgte.

Andere Formen des Erstkontakts spielten demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle. Textbasierte synchrone Kommunikation, beispielsweise über Chat oder Messenger-Dienste, wurde lediglich in 3 Fällen (0.7 %) für den Erstkontakt genutzt. Gleiches gilt für asynchrone auditive Wege wie Anrufbeantworter oder Voice-Messages (ebenfalls 3 Fälle, 0.7 %) sowie für den audiovisuellen synchronen Erstkontakt per Videoanruf (4 Fälle, 1.0 %). Der Erstkontakt per Briefpost kam nur in einem Fall (0.2 %) vor. In 3 Fällen (0.7 %) liess sich der Kommunikationsweg des Erstkontakts nicht eindeutig zuordnen.

4.1.4.6. Analoge und digitale Beratung

Bei der grossen Mehrheit der 409 direkt betroffenen Klientinnen und Klienten spielten analoge Beratungsmodalitäten eine zentrale Rolle. Insgesamt erhielten 369 Personen mindestens eine Face-to-Face-Beratung, was einem Anteil von 90.2 % entspricht. Digitale Beratungsangebote kamen deutlich seltener, aber dennoch substanziell zum Einsatz: Bei 173 Klientinnen und Klienten (42.2 %) wurde mindestens einmal eine digitale Beratung durchgeführt. Eine differenzierte Betrachtung zeigt, dass 236 Personen (57.7 %) ausschliesslich analog beraten wurden, während rein digitale Beratungsverläufe mit 26 Personen (6.4 %) vergleichsweise selten blieben. In 147 Fällen (35.9 %) wurden analoge und digitale Beratungsmodalität kombiniert.

4.1.4.7. Kommunikationsformen bei der Beratung

Mit deutlichem Abstand vor anderen Kommunikationsformen dominierten die Face-to-Face-Beratungen in der Fachstelle, die bei 369 Klientinnen und Klienten (90.2 %) mindestens einmal zum Einsatz kamen. Daneben wurden auditive synchrone Formate wie Telefonate oder Online-Calls ohne Video in 138 Fällen (33.7 %) genutzt. Ebenfalls verbreitet war die textbasierte digitale asynchrone Kommunikation, die in 129 Fällen (31.5 %) eingesetzt wurde und damit einen festen Bestandteil vieler Beratungsverläufe darstellte.

Weitere Kommunikationsformen wurden deutlich seltener genutzt. Asynchrone auditive Formate (z. B. Anrufbeantworter oder Voice-Messages) kamen in 17 Fällen (4.2 %) vor, während textbasierte synchrone Kommunikation über Chats oder Messenger in 14 Fällen (3.4 %) genutzt wurde. Audiovisuelle synchrone Beratung, etwa per Videoanruf oder Online-Meeting, wurde lediglich in 10 Fällen (2.4 %) dokumentiert. Briefpost spielte mit 9 Fällen (2.2 %) eine marginale Rolle, und audiovisuelle asynchrone Formate wie Videobotschaften wurden in keinem Beratungsfall eingesetzt. Ein genauerer Blick auf die konkret verwendeten Plattformen und Softwarelösungen zeigt, dass sich die textbasierte asynchrone Beratung auf wenige Kanäle konzentrierte. Am häufigsten wurde die klassische E-Mail genutzt, die in 90 Fällen (22.0 % aller Beratungsfälle) zum Einsatz kam. Ebenfalls relevant war die Nutzung von SafeZone, die in 35 Fällen (8.6 %) dokumentiert wurde. Ende-zu-Ende-verschlüsselte E-Mails wurden in 13 Fällen (3.2 %) verwendet, während die Website der Fachstelle lediglich in 4 Fällen (1.0 %) als Kommunikationskanal diente. Die Chatfunktion des NoA-Coach spielte mit einem Fall (0.2 %) nur eine sehr untergeordnete Rolle.

Für die textbasierte synchrone Beratung wurden ausschliesslich allgemeine Kommunikationsdienste verwendet. Hier dominierten Messenger-Dienste wie WhatsApp, Telegram, Signal oder Threema mit 13 Fällen (3.2 %) und SMS in einem Fall (0.2 %). Andere Plattformen, darunter die Chatfunktion des NoA-Coach, SafeZone-Chats, integrierte Chatbots der Fachstellen oder externe webbasierte Chats, wurden in keinem Beratungsfall ausgewählt.

Im Bereich der audiovisuellen Beratung kam am häufigsten Jitsi Meet über SafeZone zum Einsatz (6 Fälle, 1.5 %). Zudem wurden Messenger-basierte Videoanrufe, etwa über WhatsApp, in 3 Fällen (0.7 %) genutzt. Jitsi Meet über andere Websites sowie Microsoft Teams kamen jeweils in 2 Fällen (0.5 %) vor. Andere verbreitete Videokonferenzlösungen wie Google Meet, Skype, WebEx, Zoom oder FaceTime wurden hingegen in keinem einzigen Beratungsfall verwendet.

4.1.4.8. Entscheidungsprozesse und Initiierung digitaler Beratung

In den 173 Fällen mit mindestens einer digitalen Beratung erfolgte die Entscheidung zur digitalen Durchführung überwiegend durch die Klientinnen und Klienten selbst oder gemeinsam mit den Beratungspersonen. In 96 Fällen (55.5 %) ging die Initiative für die digitale Beratung ausdrücklich von

den Klientinnen und Klienten aus. In weiteren 71 Fällen (41.0 %) wurde die Entscheidung gemeinsam von KlientIn und Beratungsperson getroffen. Lediglich in 6 Fällen (3.5 %) erfolgte die digitale Beratung primär auf Wunsch der Beratungsperson. Digitale Beratung erscheint damit deutlich stärker klienten- als professionsgetrieben.

4.1.4.9. Gründe für digitale und analoge Beratung

Bei der Erhebung der Gründe für die digitale Beratung wurde nicht unterschieden, ob der Grund aus Sicht der Beratungsperson oder des Klientels gilt. Als administrative Gründe für den Einsatz digitaler Beratungsmodalitäten nannten die Beratungspersonen vor allem organisatorische und situative Aspekte. Am häufigsten wurde eine bequemere Organisation der Beratung genannt, etwa zur besseren Vereinbarkeit mit anderen Alltagspflichten; dieser Aspekt traf in 107 der 173 digitalen Fälle zu (61.8 %). Weiterhin wurde digitale Beratung in 52 Fällen (30.1 %) im Kontext von Kriseninterventionen, aufgrund von Dringlichkeit oder kurzfristigem Unterstützungsbedarf eingesetzt. Weitere relevante Gründe waren geografische Distanz (32 Fälle, 18.5 %), mangelnde Mobilität der Klientel (28 Fälle, 16.2 %) sowie der Wunsch nach Anonymität (18 Fälle, 10.4 %). Eine erleichterte Dokumentation wurde dagegen nur selten genannt (4 Fälle, 2.3 %).

Neben administrativen Aspekten nannten die Beratungspersonen auch strategische Gründe für den Einsatz digitaler Beratungsmodalitäten. Am häufigsten wurde die Niedrigschwelligkeit des Zugangs zum Beratungsangebot genannt, die in 111 von 173 Fällen zutraf (64.2 %). Ebenfalls häufig wurden die Flexibilisierung des Beratungsprozesses (77 Fälle, 44.5 %) und die Stabilisierung des Beratungsverlaufs (45 Fälle, 26.0 %) aufgeführt. In 22 Fällen (12.7 %) wurde digitale Beratung zur Intensivierung des Beratungsprozesses genutzt, während in 18 Fällen (10.4 %) eine niederschwellige Gestaltung von Abschluss oder Nachsorge als zentraler Beweggrund genannt wurde. Insgesamt verdeutlichen diese Angaben, dass digitale Beratung primär als Instrument zur Verbesserung von Zugänglichkeit, Kontinuität und Flexibilität verstanden wird.

Bei den 236 Klientinnen und Klienten ohne digitale Beratung wurde als Hauptgrund in 158 Fällen (66.9 %) angegeben, dass digitale Beratung im Beratungsverlauf nie thematisiert wurde. In 48 Fällen (20.3 %) wünschte die Klientel selbst keine digitale Beratung, während in 26 Fällen (11.0 %) die Ablehnung von Seiten der Beratungsperson ausging. Technische Hürden auf Seiten der Klientel spielten mit 5 Fällen (2.1 %) eine untergeordnete Rolle. Technische Barrieren seitens der Beratungspersonen oder Fachstellen wurden in keinem Fall genannt. Weitere vereinzelt genannte Gründe waren kurze Beratungsverläufe (7 Fälle, 3.0 %), fehlende Notwendigkeit digitaler Formate (4 Fälle, 1.7 %) sowie sprachliche Barrieren (3 Fälle, 1.3 %).

4.1.4.10. Kombinierte Beratungsmodalitäten

In den 147 Fällen mit kombinierten Beratungsmodalitäten überwogen zeitlich klar die analogen Anteile. Bei 120 Klientinnen und Klienten (81.6 %) nahm die Face-to-Face-Beratung mehr Zeit ein als die digitale Beratung. In 18 Fällen (12.2 %) war das Verhältnis zwischen digitalen und analogen Anteilen ausgeglichen, während bei lediglich 9 Personen (6.1 %) die digitale Beratung zeitlich überwog.

Die kombinierte Nutzung digitaler und analoger Formate erfüllte in 107 der 147 kombinierten Fälle (72.8 %) das grundlegende Kriterium einer Verbindung beider Kommunikationsformen. Eine systematische Kombination, bei der Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Kanäle bewusst abgewogen wurden, lag in 29 Fällen (19.7 %) vor. Eine passgenaue Kombination im Sinne einer Anpassung an die Lebenswelt und bevorzugten Kommunikationsformen der Klientinnen und Klienten wurde in 48 Fällen (32.8 %) angegeben. Eine explizit konzeptionell fundierte Umsetzung von Blended

Counseling wurde in 9 Fällen (6.1 %) dokumentiert. Lediglich in 4 Fällen (2.7%) wurden alle vier Kriterien für Blended Counseling erfüllt.

Auf subjektiver Ebene bewerteten die Beratungspersonen 60 der 147 kombinierten Fälle (40.8 %) überwiegend und weitere 53 Fälle (36.1 %) zumindest teilweise als Blended Counseling im Sinne der verwendeten Definition. Insgesamt wurden somit 113 Fälle (76.9 %) zumindest teilweise als Blended Counseling eingeordnet.

Hinweis: Es besteht hier eine Diskrepanz zwischen Selbstdeklaration und Definition von «Blended Counseling». Im weiteren wird der Begriff «Blended Counseling» für Beratungen verwendet, die so durch die Beratungsperson deklariert wurden und nicht für Beratungen, bei denen alle vier Definitionskriterien als erfüllt markiert wurden. Eine Rechtfertigung für dieses Vorgehen besteht darin, dass die Frage mit den vier Kriterien von Hörmann zu einigen Nachfragen und Verständnisschwierigkeiten führte.

Bezogen auf alle 409 Klientinnen und Klienten überwog eine zurückhaltende Einschätzung hinsichtlich des potenziellen Mehrwerts eines stärkeren Blended-Schwerpunkts. In 204 Fällen (49.9 %) stimmten die Beratungspersonen der Aussage, die Beratung wäre erfolgreicher gewesen, wenn sie stärker blended gewesen wäre, nicht zu; in weiteren 136 Fällen (33.3 %) lehnten sie diese vollständig ab. Demgegenüber wurde der Aussage nur in 13 Fällen (3.2 %) zugestimmt, während ein einziges Mal (0.2 %) eine vollständige Zustimmung erfolgte. In 55 Fällen (13.4 %) wurde eine ambivalente Einschätzung («teils/teils») abgegeben.

4.1.5. Angehörige Klientinnen und Klienten

4.1.5.1. Soziodemographie

Das mittlere Alter der 72 erfassten angehörigen Personen betrug 50.0 Jahre (SD= 13.4) Jahre, die Altersspannweite lag zwischen 17 und 83 Jahren.

Bezogen auf die Beziehung zur betroffenen Drittperson stellten Ehe- bzw. Lebenspartnerinnen und -partner mit 30 Personen (41.7 %) die grösste Gruppe dar, gefolgt von Müttern bzw. Vätern mit 26 Personen (36.1 %). Töchter oder Söhne waren mit 5 Personen (6.9 %) vertreten, ebenso Schwestern oder Brüder mit 5 Personen (6.9 %). Weitere Angehörige oder Verwandte machten 1 Person (1.4 %) aus, während Freundinnen/Freunde oder Kolleginnen/Kollegen mit 2 Personen (2.8 %) beteiligt waren.

4.1.5.2. Dauer und Beendigung der Beratung

Die mittlere Dauer der Beratung belief sich auf 394.8 Tage (SD = 258.0, Spannweite der Beratungsdauer 77-1382 Tage). Dabei wurde die Beratung bei 52 Angehörigen (72.2 %) planmässig beendet. Davon endeten 51 Beratungen (70.8 %) ohne einen Übertritt in eine suchtspezifische Stelle, während 1 Beratung (1.4 %) mit einem solchen Übertritt abgeschlossen wurde.

Unplanmässige Beendigungen erfolgten bei 20 Angehörigen (27.8 %): In 16 Fällen (22.2 %) kam es zu einem Kontaktverlust, 3 Beratungen (4.2 %) wurden explizit durch die Klientinnen und Klienten oder die Fachstelle abgebrochen, und in 1 Fall (1.4 %) endete die Beratung aufgrund eines Todesfalls.

4.1.5.3. Problembereiche der betroffenen Drittpersonen

Das mit Abstand häufigste Hauptproblem der betroffenen Drittpersonen war Alkoholkonsum, der in 27 Fällen (37.5 %) genannt wurde. An zweiter Stelle folgte Cannabis mit 13 Fällen (18.1 %). Kokain spielte ebenfalls eine relevante Rolle, wobei Kokain-Pulver in 5 Fällen (6.9 %) und Crack-Kokain in 3 Fällen (4.2 %) als Hauptproblem angegeben wurden.

Weitere substanzbezogene Probleme umfassten Amphetamine (4 Fälle; 5.6 %), Heroin (2 Fälle; 2.8 %), Benzodiazepine (2 Fälle; 2.8 %), Methamphetamine (1 Fall; 1.4 %), andere Opioide (1 Fall; 1.4 %), andere Schlaf- oder Beruhigungsmittel (1 Fall; 1.4 %) sowie Tabak (1 Fall; 1.4 %).

Neben substanzgebundenen Abhängigkeiten wurden auch suchtähnliche Verhaltensweisen erfasst. Computerspielsucht (Gaming) trat in 3 Fällen (4.2 %) auf, Online- bzw. Social-Media-Sucht in 2 Fällen (2.8 %). Essstörungen wurden bei 5 Angehörigen (6.9 %) thematisiert.

4.1.5.4. Kommunikationswege beim Erstkontakt

Der Erstkontakt der Angehörigen mit den Fachstellen erfolgte am häufigsten über synchrone auditive Kanäle, insbesondere über Telefonate: 37 Angehörige (51.4 %) nahmen diesen Weg in Anspruch. Textbasierte digitale asynchrone Kommunikationsformen wie E-Mail, Forum oder Kontaktformular wurden von 24 Personen (33.3 %) genutzt. Ein persönlicher Besuch in der Fachstelle erfolgte beim Erstkontakt in 9 Fällen (12.5 %). Eine audio-asynchrone Kontaktaufnahme (z. B. über Anrufbeantworter oder Voicemail) wurde lediglich in 1 Fall (1.4 %) verzeichnet.

4.1.5.5. Kommunikationsformen bei der Beratung

Im Verlauf der Beratungen kam es in 61 Fällen (84.7 %) zu mindestens einem physischen Besuch in der Fachstelle (Face-to-Face). Textbasierte digitale asynchrone Kommunikation wurde bei 23 Angehörigen (31.9 %) genutzt, synchrone auditive Formate wie Telefonate bei 15 Personen (20.8 %). Audiovisuelle synchrone Beratungen (z. B. Videoanrufe) fanden in 3 Fällen (4.2 %) statt, während audio-asynchrone Kommunikationen nur 1 Mal (1.4 %) eingesetzt wurden. Analoge Textformate sowie synchrone digitale Text- oder audiovisuelle asynchrone Formate wurden in keinem Fall (0 %) genutzt.

Bei der textbasierten digitalen Beratung kamen insbesondere E-Mail (n = 10; 13.9 % aller Beratungsfälle), SafeZone (n = 13; 18.1 %), Ende-zu-Ende-verschlüsselte E-Mail (n = 1; 1.4 %) sowie die Website der Fachstelle (n = 1; 1.4 %) zum Einsatz. Audiovisuelle Beratung erfolgte ausschliesslich über Jitsi Meet in SafeZone (n = 3, 4.2 %).

4.1.5.6. Analoge und digitale Beratung

Bei 27 Angehörigen (37.5 %) fand mindestens eine digitale und eine analoge Beratung statt. Ausschliesslich digitale Beratung erhielten 10 Personen (13.9 %), während 35 Angehörige (48.6 %) nur analoge Beratung in Anspruch nahmen. Insgesamt hatten somit 37 Angehörige (51.4 %) mindestens eine digitale Beratung.

Von diesen 37 Fällen erfolgte die Entscheidung für digitale Beratung in 22 Fällen (59.5 %) auf Wunsch der angehörigen Person, in 1 Fall (2.7 %) auf Wunsch der Beratungsperson und in 14 Fällen (37.8 %) gemeinsam.

Als administrative Gründe für digitale Beratung wurden insbesondere eine bequemere Organisation (n = 17/37; 45.9 %), Krisenintervention bzw. Dringlichkeit (n = 13; 35.1 %), geographische Distanz (n = 7; 18.9 %), Anonymität (n = 6; 16.2 %) und mangelnde Mobilität (n = 3; 8.1 %) genannt. Zu den strategischen Gründen zählten vor allem die Niedrigschwelligkeit des Zugangs (n = 24; 64.9 %), die Flexibilisierung (n = 18; 48.6 %), die Stabilisierung sowie die Niedrigschwelligkeit von Abschluss oder Nachsorge (je n = 6; 16.2 %) und die Intensivierung des Beratungsprozesses (n = 2; 5.4 %).

4.1.5.7 Kombinierte Beratungsmodalität

Unter den 27 Angehörigen mit kombinierter digitaler und analoger Beratung überwog bei 19 Personen (70.4 %) zeitlich die analoge Beratung. In 4 Fällen (14.8 %) war der zeitliche Anteil ausgeglichen, und in weiteren 4 Fällen (14.8 %) überwog die digitale Beratung.

Bezogen auf die Kriterien des Blended Counseling erfüllten 21 Fälle (77.8 %) das Basiskriterium der Kombination von digital und analog. Eine systematische Kombination lag in 5 Fällen (18.5 %) vor, eine konzeptuell fundierte Kombination in 1 Fall (3.7 %), und eine passgenaue Kombination in 9 Fällen (33.3 %). Lediglich in einem Fall (3.7 %) wurden alle Blended Counseling Kriterien erfüllt.

Insgesamt gaben die Beratungspersonen an, dass die Beratung bei 14 Angehörigen (51.9 %) überwiegend und bei weiteren 12 Angehörigen (44.4 %) zumindest teilweise als Blended Counseling im Sinne der Definition von Hörmann bezeichnet werden kann. Gleichzeitig zeigte sich, dass ein stärkerer Fokus auf Blended Counseling nach Einschätzung der Fachpersonen meist nicht zu einem erfolgreicherem Verlauf geführt hätte: 38 Fälle (52.8 %) stimmten dieser Aussage nicht zu und 22 Fälle (30.6 %) lehnten sie ganz und gar ab, während nur 5 Fälle (6.9 %) zustimmten und 7 Fälle (9.7 %) eine gemischte Haltung einnahmen.

4.2. Prädiktoren für Beratungsmodalität und Beratungserfolg

Zusammenfassung der Prädiktoren für Beratungsmodalität und Beratungserfolg

Die Durchführung von Online-Beratung war insbesondere bei Klientinnen und Klienten mit Vorbehandlung sowie bei länger andauernden Beratungen häufiger. Zudem wurde sie eher von Frauen, älteren Personen und Menschen ohne Partnerschaft genutzt. Dagegen kam Online-Beratung seltener vor, wenn die beratende Fachperson über eine systemische Weiterbildung verfügte.

Auch die kombinierte Beratung trat häufiger bei längeren Beratungsverläufen und bei Klientinnen und Klienten mit Vorbehandlung auf. Weniger häufig war sie bei Beratungspersonen mit systemischer Weiterbildung sowie bei Fachpersonen mit einem höheren Arbeitspensum.

Für Blended Counseling, also die gezielte Verbindung digitaler und analoger Beratungselemente, erwiesen sich ebenfalls eine längere Beratungsdauer und eine Vorbehandlung als wichtige Einflussfaktoren.

Weder die planmässige Beendigung der Beratung noch die Erreichung des Behandlungsziels oder der globale Veränderungsscore unterschieden sich nach Beratungsmodalität. Planmässige Beendigungen traten häufiger bei professioneller oder justizieller Zuweisung sowie bei Beratungspersonen mit Online-Weiterbildung, höherem Alter und partnerschaftlichem Zivilstand auf. Eine Vorbehandlung und ein digitaler Erstkontakt wirkten sich dagegen negativ aus – sowohl auf die planmässige Beendigung als auch auf die Zielerreichung. Der negative Zusammenhang mit einer Vorbehandlung ist vermutlich auf die stärkere Chronifizierung bereits zuvor Behandler zurückzuführen, ein digitaler Erstkontakt könnte mit einer weniger verbindlichen Behandlungsentscheidung einhergehen und sich dadurch negativ auf die Zielerreichung auswirken.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass nicht die Beratungsmodalität, sondern vor allem Zuweisungskontext, Behandlungsdauer, Vorbehandlung und Merkmale der Beratungspersonen für Verlauf und Erfolg der Beratung ausschlaggebend sind.

4.2.1. Welche Charakteristika sind mit Online-Beratung assoziiert?

Wie in den Resultaten zur Verbreitung von Online-Beratung im vorherigen Kapitel 4.1 beschrieben, wurde bei 173 der 403 direkt betroffenen Klientinnen und Klienten (42.2 %) mindestens einmal eine Online-Beratung durchgeführt. Im Vergleich zu Fällen ohne Online-Beratung zeigte das finale Vorhersagemodell Online-Beratungen signifikant häufiger bei Klientinnen und Klienten mit Vorbehandlung (50,9 % vs. 31,1 %; OR = 2,68, $p < .01$), mit länger dauernden Beratungen (49,7 % vs.

30,8 %; OR = 1,86, $p < .001$), bei Frauen (52,9 % vs. 33,9 %; OR = 1,95, $p = .02$) sowie Älteren (45,2 % vs. 35,5 %; OR = 1,51, $p = .01$). Auch Klientinnen und Klienten ohne Partnerschaft zeigten eine erhöhte Nutzung (42,2 % vs. 33,3 %; OR = 0,34, $p < .01$) von Online-Beratung. Eine seltenere Nutzung von Online-Beratung fand sich bei Beratungspersonen mit systemischer Weiterbildung (OR = 0,12, $p < .01$). Bei Beratungspersonen mit systemischer Weiterbildung lag der Anteil von Online-Beratungen bei 37,4 %, bei Beratungspersonen ohne systemische Weiterbildung bei 67,6 % (OR = 0,12, $p < .01$). „Systemisch“ war eine von acht psychotherapeutischen Ausbildungsarten, die erhoben wurden.

4.2.2. Welche Charakteristika sind mit kombinierter Beratung assoziiert?

In 147 Fällen (35.9 %) wurden analoge und digitale Beratungsmodalitäten kombiniert. Die «kombinierte Beratung» wurde definiert als Beratung bei der mindestens eine digitale und mindestens eine analoge Beratung stattfand. Referenzkategorie dieser Prädiktorenanalyse zur Vorhersage kombinierter Beratungen waren alle anderen Beratungen, d.h. Beratungen die nur analog oder nur digital stattfanden. Hierfür zeigten sich im finalen Modell vier signifikante Prädiktoren. Eine längere Behandlungsdauer war mit einer höheren Wahrscheinlichkeit für kombinierte Beratung assoziiert. Deskriptiv lag der Anteil bei kürzerer Behandlungsdauer bei 28,0 % und bei längerer Behandlungsdauer bei 48,9 % (OR = 1,79, $p < .01$). Auch eine Vorbehandlung war mit höheren Anteilen assoziiert (46,9 % vs. 30,8 %; OR = 2,31, $p < .01$). Demgegenüber war eine systemische Weiterbildung der Beratungsperson negativ mit kombinierter Beratung assoziiert. Bei Beratungspersonen mit systemischer Weiterbildung lag der Anteil bei 35,6 %, bei Beratungspersonen ohne systemische Weiterbildung bei 65,7 % (OR = 0,16, $p < .01$). Zusätzlich zeigte sich ein negativer Zusammenhang mit dem Arbeitspensum der Beratungspersonen: Ein höheres Arbeitspensum war mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für kombinierte Beratung assoziiert (OR = 0,68, $p = .03$).

4.2.3. Welche Charakteristika sind mit Blended Counseling assoziiert?

In 113 Fällen (28.0%) wurde die Beratung von der Beratungsperson überwiegend oder teilweise als blended, im Sinne der Definition von Blended Counseling (Hörmann, 2022) eingestuft. Für dieses selbstdeklarierte Blended Counseling zeigten sich längere Behandlungsdauer, weibliches Geschlecht der Klientel sowie eine Vorbehandlung als signifikante Prädiktoren. Der Anteil lag bei längerer Behandlungsdauer bei 39,4 % gegenüber 19,7 % bei kürzerer Behandlungsdauer (OR = 1,75, $p < .01$). Bei Klientinnen lag der Anteil bei 40,8 %, bei Klienten bei 23,9 % (OR = 2,07, $p = .02$). Bei der Klientel mit Vorbehandlung lag der Anteil bei 37,9 % gegenüber 22,1 % bei der Klientel ohne Vorbehandlung (OR = 2,17, $p = .01$).

4.2.4. Welche Charakteristika sind mit planmässiger Beendigung der Beratung assoziiert?

Insgesamt 228 der 403 direkt betroffenen Klientinnen und Klienten beendeten ihre Beratung planmässig mit oder ohne Übertritt in eine andere Einrichtung. Die verwendete Beratungsmodalität (analog, digital, kombiniert oder blended) hatte dabei keinen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer planmässigen Beendigung. Signifikant waren jedoch mehrere andere Prädiktoren. Im Vergleich zur Referenzkategorie „Eigeninitiative/Arbeitgeber/Sonstiges“ war sowohl eine professionelle Zuweisung als auch eine Zuweisung durch die Justiz mit höheren Raten planmässiger Beendigung assoziiert. Der Anteil planmässiger Beendigungen lag bei professioneller Zuweisung bei 58,6 % und bei Justizzuweisung bei 84,8 %, verglichen mit 53,6 % in der Referenzkategorie (OR = 2,02, $p = .02$; bzw. OR = 6,90, $p < .01$). Weitere positive Prädiktoren waren eine Weiterbildung der Beratungsperson im Bereich Online-Beratung (72,2 % vs. 54,5 %; OR = 2,85, $p = .01$), ein höheres Alter der Beratungsperson (68,0 % vs. 48,6 %; OR = 1,45, $p = .02$) sowie verheirateter beziehungsweise partnerschaftlicher

Zivilstand der Beratungsperson (66,7 % vs. 54,3 %; OR = 2,14, $p = .02$). Ein digitaler Erstkontakt (53,6 % vs. 73,8 %; OR = 0,49, $p = .04$) und eine Vorbehandlung (53,3 % vs. 62,2 %; OR = 0,51, $p = .01$) waren dagegen negativ mit einer planmässigen Beendigung assoziiert.

4.2.5. Welche Charakteristika sind mit Erreichung des Konsumziels assoziiert?

Das Konsumziel wurde bis zum Beratungsende von 145 der 403 direkt Betroffenen erreicht. Analog zur planmässigen Beendigung der Beratung zeigte sich auch hier kein signifikanter Einfluss der Beratungsmodalität auf die Zielerreichung. Signifikante Effekte ergaben sich hingegen für die Art der Zuweisung, das angestrebte Konsumziel, eine Vorbehandlung sowie den Erstkontakt.

Klientinnen und Klienten mit Justizzuweisung erreichten ihr Konsumziel deutlich häufiger als Personen aus der Referenzkategorie Eigeninitiative/Arbeitgeber/Sonstiges (64,7 % vs. 40,3 %; OR = 3,48, $p < .01$). Ebenso war das Ziel Abstinenz mit einer höheren Zielerreichung verbunden als andere Zielsetzungen (45,4 % vs. 33,3 %; OR = 2,10, $p < .01$). Demgegenüber waren eine Vorbehandlung (28,4 % vs. 47,7 %; OR = 0,36, $p < .01$) sowie ein digitaler Erstkontakt (35,7 % vs. 48,8 %; OR = 0,51, $p = .04$) signifikant mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung assoziiert.

4.2.6. Welche Charakteristika sind mit Erreichung des Behandlungsziels assoziiert?

Auch für den von der Beratungsperson angegebenen globalen Veränderungsscore über alle Problembereiche der Klientinnen und Klienten zeigten sich keine Unterschiede nach Beratungsmodalität. Unabhängig von der Beratungsmodalität (analog, digital, kombiniert, blended) war eine längere Behandlungsdauer mit einem höheren globalen Veränderungsscore assoziiert ($M = 2,48$ vs. $2,37$; Beta = 0,106, $p < .01$), während eine Vorbehandlung mit einem niedrigeren globalen Veränderungsscore assoziiert war ($M = 2,29$ vs. $2,53$; Beta = -0,254, $p < .01$).

4.3. Erfahrungen mit Online-Beratung und Blended Counseling

4.3.1. Strategisches Verständnis und Ziele

4.3.1.1. Perspektive der Fachpersonen

Nahezu alle (15 von 16) der interviewten Fachpersonen verstanden Blended Counseling als Kombination unterschiedlicher Beratungsmodalitäten. Dabei wurde Blended Counseling überwiegend nicht als Ersatz für persönliche Gespräche, sondern als ergänzende Möglichkeit innerhalb bestehender Beratungsprozesse beschrieben. Ebenso betonten 15 von 16 (94%) Interviewten die Möglichkeit, Beratungsangebote flexibel an unterschiedliche Bedürfnisse und Lebenssituationen anzupassen. Eine Fachstellenleitung erklärte hierzu: *„Also unter Blended Counseling verstehe ich, dass wir unseren Klienten Zugang auf verschiedene Arten bieten. Weil wir ja gerade in der Sucht auch unterschiedlichste Leute mit unterschiedlichsten Bedürfnissen haben.“*

Blended Counseling wurde dabei von der Hälfte (8 von 16) der Befragten als Möglichkeit beschrieben, verschiedene Kommunikationswege situationsabhängig miteinander zu kombinieren. Genannt wurden insbesondere Face-to-Face-Gespräche, Telefonberatung, Videoberatung, E-Mail sowie schriftliche Beratung über SafeZone.

Dagegen wurden die Zielsetzungen von Blended Counseling unterschiedlich beschrieben. Insgesamt nannten 9 von 16 (56%) Fachpersonen die Niederschwelligkeit als zentrales Ziel digitaler Beratungsangebote. Es wurde beschrieben, dass digitale Formate den Zugang zur Beratung erleichtern und Hürden reduzieren können. Zudem erwähnten 6 von 16 (38%) Fachpersonen die erhöhte Flexibilität digitaler Beratungsmodalitäten als wichtigen Vorteil. Ebenfalls beschrieben 7 von 16 (44%)

Befragten die Möglichkeit, Beratungsprozesse trotz Krankheit, Distanz, beruflicher Belastung oder eingeschränkter Mobilität aufrechterhalten zu können, als zentralen Nutzen von Blended Counseling. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Weil wir im Suchtbereich ja eher das Problem haben, dass wir Patienten zu spät erreichen.“*

Ein Viertel der Fachpersonen (n=4) beschrieben schriftliche Beratung gleichzeitig als entlastend, da keine Anreise notwendig sei und Beratungen ortsunabhängig stattfinden können. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Und viele sind ja froh, wenn sie nichts machen müssen, um hierher zu kommen.“*

Bezüglich des Verständnisses von Blended Counseling beschrieben 8 (50%) Befragte ein gemeinsames Verständnis innerhalb ihrer Fachstelle. Gleichzeitig erwähnten 4 (25%) Fachpersonen unterschiedliche Haltungen innerhalb der Teams. Als Gründe hierfür wurden insbesondere generationenspezifische Unterschiede, unterschiedliche technische Kompetenzen sowie persönliche Einstellungen gegenüber digitalen Medien genannt.

4.3.1.2. Perspektive der Klienten und Klientinnen

Auch die Klientinnen und Klienten beschrieben digitale und kombinierte Beratungsmodalitäten überwiegend als hilfreiche Ergänzung zur persönlichen Beratung. Besonders hervorgehoben wurden die erhöhte Flexibilität sowie die Möglichkeit, Beratungen trotz veränderter Lebensumstände fortzuführen und Termine nicht ausfallen lassen zu müssen. Ein Klient schilderte dies folgendermassen: *„Ja, also ich muss da wieder aus meiner sehr speziellen Sicht berichten, dass einfach das für mich eine super Chance war, auch die Flexibilität zu nutzen, dass ich den Turnus nicht unterbrechen muss und dann trotzdem die Sitzungen stattfinden lassen kann und nicht ausfallen lassen muss.“*

Darüber hinaus beschrieben 3 der 4 Interviewten digitale Beratungsangebote ebenfalls als niederschwellige Möglichkeit, Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Insbesondere die ortsunabhängige Nutzung sowie die Möglichkeit, Beratungen ohne Anreise wahrzunehmen, wurden als Vorteile wahrgenommen.

4.3.2. Konzept und Steuerung

4.3.2.1. Perspektive der Fachpersonen

Die Entscheidung über die Wahl der Beratungsmodalität erfolgte in den meisten Interviews situationsabhängig und in Absprache mit den Klientinnen und Klienten. Insgesamt beschrieben 14 von 16 Fachpersonen, dass Klientinnen und Klienten einen wichtigen Einfluss auf die Wahl des Settings haben. Dabei wurden insbesondere persönliche Präferenzen, Alltagssituationen und individuelle Bedürfnisse berücksichtigt. Eine Beratungsperson erläuterte hierzu: *„In der Regel entscheide ich das nicht. Ich mache lediglich das Angebot und das Klienten-System entscheidet in dem Sinne. Also wir in der Beratungsstelle bekommen Anfragen in unterschiedlicher Art und Weise [...] Und in der Regel stellen wir im Aufnahmegespräch unser Angebot vor. Und da stellen wir implizit auch alle Beratungsformen vor, also dass man per SafeZone sich schriftlich beraten lassen kann, dass man es aber auch per Videotelefon machen kann, dass man es live bei uns vor Ort machen kann. Und dann können sich die Klienten aussuchen, wie sie beraten werden möchten.“*

Neben den Wünschen der Klientinnen und Klienten beschrieben 5 von 16 (31%) befragten Fachpersonen die Entscheidung als gemeinsamen Aushandlungsprozess zwischen Fachperson und Klientinnen und Klienten. Eine Fachperson erklärte: *„Es ist in Kombination halt zwischen Beratungsperson und Klienten, also ich muss sagen, es ist auf Augenhöhe im Prinzip. Vielleicht kann man es so sagen, wir schauen jedes Mal, was ist hilfreich, aber im Sinne von auch für uns natürlich. [...]“*

Einfach wirklich bedürfnisorientiert von beiden Seiten. Das ist das Tolle. Es ist wie ein Verhandeln. Ich brauche etwas und er braucht etwas und wir finden eine Lösung.“

Gleichzeitig zeigte sich, dass Fachpersonen insbesondere in psychischen Krisensituationen oder bei instabilen Situationen aktiv Einfluss auf die Wahl der Beratungsmodalität nehmen. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Was ich sicher gerne vor Ort habe, sind Leute, die in Krisensituationen sind, also je instabiler, umso eher würde ich die eigentlich vor Ort sehen, um eine Einschätzung zu machen. [...] Und wenn ich merke, dass Personen in einem schlechten Zustand sind oder es um Themen geht, die sehr belastend sind, möchte ich schon eher, dass sie vor Ort sind. Wenn es dann irgendwie schwieriger wird, dass man das merkt und auffangen kann und nicht die andere Person den Laptop zusammenklappen kann, dann weiss man nicht, was Sache ist.“*

Als Einflussfaktoren auf die Wahl des Settings wurden unterschiedliche situative Bedingungen genannt. Insgesamt erwähnten 4 von 16 (25%) Fachpersonen berufliche Belastungen als Grund für digitale oder kombinierte Beratungsmodalitäten. Ebenfalls nannten 6 (38%) Fachpersonen Auslandsaufenthalte sowie 6 Fachpersonen Krankheit oder körperliche Einschränkungen als relevante Einflussfaktoren. Zudem beschrieben 3 (19%) Fachpersonen psychische Belastungen, beispielsweise Angststörungen oder akute Krisensituationen, als wichtige Faktoren bei der Wahl der Beratungsmodalität.

Fünf (32%) Fachpersonen beschrieben, dass digitale Beratungsmodalitäten insbesondere in psychisch belastenden Situationen eine wichtige Möglichkeit darstellen können, den Kontakt aufrechtzuerhalten. Dabei wurde erwähnt, dass Klientinnen und Klienten in akuten Krisensituationen teilweise Schwierigkeiten haben, das Haus zu verlassen oder persönliche Termine wahrzunehmen. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Aber ich muss auch sagen, die Hürde ist für Klienten niedriger. Also dadurch, dass sie sich im eigenen Wohnzimmer sitzen können und sich einigermaßen sicher fühlen, hat das auch was für sich und sie müssen sich nicht komplett exponieren. Das ist für Menschen, also wo ich gute Erfahrungen damit gemacht habe, ist bei solchen mit sozialer Angststörungen und so, wo Menschen sich nicht wirklich aus dem Haus trauen und dann trotzdem das Angebot in ihren sicheren vier Wänden beziehen können. Dafür finde ich es super.“* Digitale Beratungsmodalitäten wurden in solchen Situationen als Möglichkeit beschrieben, Beratungsabbrüche zu verhindern und trotz psychischer Belastung erreichbar zu bleiben.

4.3.2.2. Perspektive der Klientinnen und Klienten

Die Klientinnen und Klienten beschrieben die Wahl der Beratungsmodalität überwiegend als flexibel und an ihre jeweilige Lebenssituation angepasst. Dabei wurde deutlich, dass persönliche Präferenzen sowie praktische Faktoren wie berufliche Verpflichtungen, Krankheit oder räumliche Distanz berücksichtigt wurden. Alle Klientinnen und Klienten berichteten zudem, dass die Beratungsmodalität gemeinsam mit der Fachperson festgelegt oder bei Bedarf angepasst werden konnte.

4.3.3. Beziehung und therapeutische Qualität

4.3.3.1. Perspektive der Fachpersonen

Die Beziehungsgestaltung im digitalen oder kombinierten Setting wurde von den Befragten unterschiedlich erlebt. Insgesamt beschrieben 9 Fachpersonen eine Präferenz für persönliche Gespräche vor Ort. Face-to-Face-Kontakte wurden insbesondere im Zusammenhang mit Vertrauen, emotionaler Nähe sowie der therapeutischen Beziehung als wichtig beschrieben. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Ich habe aber das Gefühl, qualitativ für die Beziehung und Beziehungsgestaltung sind*

Gespräche gehaltvoller, wenn sie vor Ort stattfinden. [...] Ich habe das Gefühl, über Online-Kanäle gehen gewisse Informationen verloren. Es wird eine Ebene abstrakter. Also du sitzt jetzt nicht als Person vor mir, sondern du bist vor einem Bildschirm, du schaust ein technisches Gerät an.“

Vier Fachpersonen berichteten, dass Vertrauen im digitalen Setting häufig schwieriger aufgebaut werden könne als in persönlichen Gesprächen. Besonders zu Beginn eines Beratungsprozesses wurde persönlicher Kontakt von vielen Befragten als wichtig beschrieben. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Aber aus meiner Sicht [ist die Onlineberatung] auch gelingender, weil man sich schon persönlich mal gesehen hat. [...] Das hat man schon gemerkt, dass das irgendwie so... die positiven Dinge im Raum sind wie vorhanden und dann kann man sich das online ein bisschen besser vorstellen.“*

Daneben wurde vereinzelt (n= 3) darauf hingewiesen, dass Beziehung und Vertrauen auch über digitale Formate entstehen können. Eine Fachperson beschrieb dabei die Möglichkeit, Einblicke in das private Umfeld von Klientinnen und Klienten zu erhalten: *„Mit der Klientin, die lange Zeit auch in Amerika gelebt hat, finde ich, hat es auch Spass gemacht. Es hat mir Nähe ermöglicht. Sie ist nämlich einmal mit ihrem Laptop durchs Haus gelaufen und hat gesagt, schauen Sie, so sieht das aus. Sie hat mir dann ihr Haus gezeigt.“*

Insgesamt beschrieben 10 (63%) Fachpersonen einen Bedarf an persönlichem Kontakt innerhalb der Beratung. Dabei wurden Präsenz, Atmosphäre sowie zwischenmenschliche Wahrnehmung erwähnt. Mehrere Fachpersonen (n=5) betonten, dass persönliche Gespräche zusätzliche Informationen über Klientinnen und Klienten ermöglichen. Insbesondere nonverbale Informationen wie Körpersprache, Mimik, Körperhaltung oder Stimmung wurden als wichtige Elemente der Beziehungsgestaltung beschrieben. Eine Fachperson erklärte bezogen auf das textbasierte Setting: *„Wenn ich maile, habe ich weder eine Stimmfarbe noch eine Mimik, noch eine Stimmung, noch eine Körperhaltung. Schwitzt einer, wird einer rot, ist er unruhig, zappelt er rum [...] Man hat einen anderen Respekt. Und man ist nicht so... Es ist ein anderes sich bewegen, begegnen und kommunizieren.“*

Andererseits beschrieben mehrere Fachpersonen (n = 7) aber auch Vorteile digitaler Distanz. Dabei wurde insbesondere hervorgehoben, dass digitale Formate für Menschen mit Schamgefühlen oder Angststörungen den Zugang zur Beratung erleichtern können.

Auch beschrieben einzelne Fachpersonen, dass sich die therapeutische Arbeit im digitalen Setting teilweise verändert. Drei Fachpersonen erwähnten eine andere Strukturierung oder Methodik innerhalb digitaler Gespräche. Auch reduzierte kreative Methoden oder veränderte Gesprächsabläufe wurden erwähnt. Eine Leitungsperson erklärte: *„Es gibt weniger kreative Elemente. Das ist vielleicht ein Grund für kürzere Gespräche. Dass man einmal präsent etwas aufzeichnet. Oder der Mensch sagt, schauen Sie von 1 bis 10, wo Sie stehen. Also eine Skalierung, dass jemand aufsteht oder auf dem Flipchart etwas macht. [...] Wir nehmen den Menschen weniger vollumfänglich wahr, als wenn jemand im Bürostuhl sitzt.“*

Drei Befragte beschrieben, dass digitale Gespräche teilweise kürzer sind als persönliche Beratungen. Darüber hinaus wurde das Thema Verbindlichkeit mehrfach angesprochen. Mehrere Fachpersonen berichteten, dass digitale Beratungssettings teilweise als weniger verbindlich erlebt werden.

4.3.3.2. Perspektive der Klientinnen und Klienten

Auch in den Interviews mit den Klientinnen und Klienten zeigte sich die grosse Bedeutung persönlicher Begegnungen für die therapeutische Beziehung. Drei Befragte beschrieben persönliche Gespräche als hilfreicher für den Aufbau von Vertrauen und zwischenmenschlicher Nähe. Dabei wurde insbesondere betont, dass Vertrauen häufig einfacher entstehen könne, wenn bereits persönliche Kontakte zur Beratungsperson bestünden. Ein Klient erklärte hierzu: *„Ja, auf jeden Fall ist es schwieriger das Vertrauen [online] von Null aufzubauen, als wenn ich die Person vorher getroffen habe, muss ich schon*

sagen. Ich will jetzt nicht ausschliessen, dass es nach einigen Sitzungen doch möglich wäre, aber ich bin mir ziemlich sicher, dass es schwieriger wäre.“

Neben dem Vertrauensaufbau wurde auch die Atmosphäre persönlicher Gespräche als bedeutsam beschrieben. Drei von vier Befragte berichteten, dass sie sich in persönlichen Gesprächen emotional besser ausdrücken könnten und den direkten Kontakt als hilfreicher für die Bearbeitung persönlicher Themen erleben. Ein Klient schilderte dies folgendermassen: *„Also es ist einfach, es ist schon für mich viel persönlicher, wenn ich verabredet bin. Vielleicht braucht man mal jemanden. [...] Einfach jemanden anschauen und den Frust oder die Unruhe loslassen, das geht bei mir besser, wenn ich jemanden persönlich vor mir habe.“*

Gleichzeitig wurden aber auch aus dieser Perspektive die Vorteile digitaler Distanz beschrieben. Ein Klient berichtete, dass das digitale Setting einen gewissen Schutzraum bieten könne und belastende Themen teilweise einfacher aus der vertrauten Umgebung heraus angesprochen werden könnten. Ein Klient erklärte hierzu: *„Aber es ist natürlich, wenn man zu Hause ist oder virtuell, ist ein gewisser Schutzraum da. Das ist von dem Ganzen ein bisschen entfernter. Wenn man irgendwo physisch ist und die Person auch, man ist nochmal anders damit konfrontiert.“*

Zudem wies die Mehrheit der Klientinnen und Klienten (n = 3) darauf hin, dass digitale Beratungsformate nach einem bereits erfolgten Vertrauensaufbau gut funktionieren können und die Beziehung zur Beratungsperson trotz räumlicher Distanz bestehen bleibt.

4.3.4. Nutzen, Grenzen und Risiken

4.3.4.1. Perspektive der Fachpersonen

Ein zentrales Thema aus Sicht der Leitungs- und Beratungspersonen stellten Herausforderungen in Krisensituationen dar. Insgesamt beschrieben 4 Fachpersonen, dass Unterstützung und Einschätzung in akuten Krisen im digitalen Setting schwieriger sein können. Insbesondere wurde erwähnt, dass emotionale Reaktionen oder Krisensituationen online schwieriger aufgefangen werden können als in persönlichen Gesprächen. Fachpersonen betonten zudem, dass die Einschätzung des psychischen Zustands von Klientinnen und Klienten im persönlichen Kontakt häufig einfacher sei.

Wie bereits im vorherigen Kapitel dargestellt, wurde das Fehlen nonverbaler Information von mehreren Fachpersonen als Grenze digitaler Beratung beschrieben. Über die Hälfte der Fachpersonen (n = 11) berichteten, dass Körpersprache, Blickkontakt oder zwischenmenschliche Wahrnehmung im digitalen Setting eingeschränkt wahrgenommen werden können. Dadurch würden teilweise wichtige Informationen über Stimmung, Unsicherheit oder emotionale Reaktionen fehlen. Einzelne Fachpersonen beschrieben zudem, dass digitale Kommunikation nur einen eingeschränkten Eindruck der Person ermögliche und bestimmte atmosphärische oder körperliche Reaktionen schwieriger wahrgenommen werden könnten. Eine Beratungsperson veranschaulichte diesen Informationsverlust: *„Du hast nur einen Ausschnitt vom Menschen und nicht das ganze Wesen im Sinn von der Präsenz. Wie wirkt der Mensch vor Ort? Siehst du ihn? Wie sitzt die Person? Wie bewegt sie sich? Welche Körperhaltung hat sie? Das hast du schon im Bildschirm, aber du hast nur den oberen Teil.“*

Daneben beschrieben 2 Fachpersonen die Gefahr von Missverständnissen in schriftlicher Kommunikation. Insbesondere E-Mail- oder Chatkommunikation wurde teilweise als schwieriger einschätzbar beschrieben, da Tonfall, Mimik oder unmittelbare Reaktionen fehlen. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Wenn ich maile, habe ich weder eine Stimmfarbe noch eine Mimik, noch eine Stimmung, noch eine Körperhaltung.“*

Auch wurde die Gesprächssituation am Bildschirm teilweise als ungewohnt nah und irritierend erlebt. Eine Fachperson erklärte diese optische Nähe am PC: *„Am Anfang hat es mich sehr irritiert. Ich habe so einen Sitzabstand hier im Büro. Und mit dem PC ist der Bildschirm ja viel näher. Also wir sind uns viel näher, als wir uns wären, wenn wir sitzen würden. [...] Man sieht nicht die ganze Person, dafür sieht man das Gesicht viel näher und Prägungen im Gesicht.“*

Auch technische Herausforderungen wurden von mehreren Befragten erwähnt. Insgesamt beschrieben 10 Fachpersonen technische Schwierigkeiten im Zusammenhang mit digitaler Beratung. Besonders häufig genannt wurden Verbindungsprobleme bei Videoformaten oder Schwierigkeiten im Umgang mit digitalen Plattformen. Es wurde darauf hingewiesen, dass technische Probleme Beratungsprozesse unterbrechen oder Gespräche erschweren können.

Neben konkreten technischen Problemen wurden auch individuelle Voraussetzungen für die Nutzung digitaler Beratungsangebote thematisiert. Neun Fachpersonen wiesen darauf hin, dass Klientinnen und Klienten unterschiedliche digitale Kompetenzen und technische Ressourcen mitbringen. Eine Fachperson betonte hierbei vor allem die fehlenden materiellen Ressourcen bei vulnerablen Zielgruppen: *„Leute, die nicht so technikaffin sind, haben dort vielleicht einen schwierigeren Zugang. Was auch ein Hindernis sein kann, ist, ob die Leute Ressourcen haben. Also, haben sie ein Gerät zu Hause? Gerade Leute mit Sozialhilfebezug, die haben oftmals keinen Laptop-Zugang oder ein gutes Handy oder eine ausreichende Internetqualität [...].“*

4.3.4.2. Perspektive der Klientinnen und Klienten

Auch die befragten Klientinnen und Klienten beschrieben Grenzen digitaler Beratungsformate. Besonders deutlich wurde dies im Zusammenhang mit emotional belastenden Situationen. Die Mehrheit der Befragten (n = 3) berichtete, dass persönliche Gespräche in Krisen oder bei starken emotionalen Reaktionen als unterstützender erlebt werden. Eine Klientin schilderte dies folgendermassen: *„Es gab Therapiestunden, da bin ich in Tränen ausgebrochen. Da war ich sehr froh, dass ich jemanden hatte, der mich dann in diesem Moment in den Arm nehmen kann oder mich trösten kann. Das wusste ich aber vor der Stunde nicht. Und wenn mir jetzt etwas zu Hause passieren würde und ich wäre allein, dann wäre ich auch dann in einer Situation mit mir alleine, ausser das Gesicht, was halt auf dem PC zu sehen ist. Dann wäre schwierig vorauszuplanen, wie das verlaufen wird.“*

Daneben beschrieb ein Klient, dass digitale Kommunikation Missverständnisse begünstigen könne. Insbesondere schriftliche Kommunikation wurde teilweise als schwieriger erlebt, da Aussagen anders verstanden werden könnten als beabsichtigt. Er erklärte: *„Man kann sich eigentlich schon besser ausdrücken, wenn man mit jemandem reden kann vor Ort oder am Telefon wieder per Mail. Weil per Mail kann ja vielleicht etwas wieder anders verstanden werden. Es ist aber ein bisschen schwieriger, sich auszudrücken per Mail, finde ich.“*

Auch technische Schwierigkeiten wurden von Klientinnen und Klienten als Herausforderung wahrgenommen. Verbindungsprobleme oder technische Unterbrüche wurden als störend für den Gesprächsfluss beschrieben. Ein Klient berichtete: *„[...] wenn es dann so ein bisschen Internet-Schwierigkeiten gibt oder der PC sich plötzlich aufhängt und dann einfriert. Das ist dann, ja, nimmt so ein bisschen den Gesprächsfluss raus, wenn das so technische Störungen hat, was vor Ort einfach nicht passieren kann.“*

4.3.5. SafeZone

4.3.5.1. Perspektive der Fachpersonen

SafeZone, sowohl auf lokaler wie auf nationaler Ebene, wurde von mehr als der Hälfte der Fachpersonen (n = 11) als wichtiger Bestandteil digitaler Beratungsangebote beschrieben. Insbesondere die Möglichkeit schriftlicher und ortsunabhängiger Beratung wurde wiederholt positiv bewertet. Ebenso viele (n = 11) äusserten sich explizit positiv über die Nutzung von SafeZone und beschrieben die Plattform als sinnvolle Ergänzung zu bestehenden Beratungsangeboten.

Auch der niedrigschwellige Zugang zu Beratung wurde explizit als Vorteil von SafeZone hervorgehoben. Insgesamt erwähnten 7 von 16 Befragten den erleichterten Zugang zu Unterstützung. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„[...] und eine sehr gute Sache, finde ich, dass eigentlich einen möglichst niederschweligen Zugang für Menschen in unserem Einzugsgebiet bieten zu können.“*

Daneben wurde auch die Möglichkeit anonymer Kontaktaufnahme thematisiert. Insgesamt beschrieben 5 von 16 Befragten Anonymität als wichtigen Aspekt von SafeZone. Die gleiche Fachperson erklärte weiter: *„Wo sie eben auch anonym bleiben können, wo Datenschutz sicher ist, so einmal einen ersten Kontakt herzustellen.“*

Einzelne Fachpersonen (n=3) beschrieben zudem, dass schriftliche Beratung via SafeZone insbesondere für Personen hilfreich sein könne, welche Hemmungen gegenüber persönlichen Gesprächen haben oder Schwierigkeiten hätten, Beratungsstellen vor Ort aufzusuchen. Gleichzeitig wurde betont, dass die schriftliche Kommunikation über die Plattform nicht für alle Klientinnen und Klienten gleichermassen passend und geeignet sei. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Die Leute haben das mega geschätzt. Aber es war sehr personenabhängig. Nicht alle können ihre Gedanken in Schriftform bringen. Bis heute nicht. Selbst wenn heute alle SMS schreiben und so weiter. Aber das Mail ist schon mal etwas anderes.“*

Mehrere Fachpersonen (n=4) hoben zudem die hohe Benutzerfreundlichkeit und die einfache Handhabung der Plattform hervor. Sowohl die übersichtliche Gestaltung als auch praktische Funktionen, wie das schnelle Generieren von Zugangslinks für Videoberatungen, wurden als sehr anwenderfreundlich beschrieben. Neben positiven Erfahrungen wurden auch Herausforderungen im Zusammenhang mit SafeZone aufgezählt. Insgesamt erwähnten 6 von 16 Befragten fehlende Rückmeldungen oder ausbleibende Antworten als belastend oder frustrierend. Mehrere Fachpersonen beschrieben, dass schriftliche Beratung teilweise mit einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden sei und Unsicherheit entstehen könne, wenn keine Reaktion der Klientinnen und Klienten erfolgt. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Ich finde auch, es hat so ein bisschen ein Frustrationspotenzial drin. Das habe ich selber auch gespürt, dass wenn du Anfragen hast, oder generell auch dir relativ viel Zeit nimmst oder es zeitaufwendig ist und das Feedback ganz ausbleibt oder die Antwort nicht einmal angeschaut wird.“*

Eine weitere Herausforderung betrifft die Sichtbarkeit des Angebots. Einzelne Fachpersonen (n=2) beschrieben, dass der direkte Zugang zur Landing Page der lokalen Suchtfachstellen oftmals schwer auffindbar oder unauffällig platziert sei. Gleichzeitig wurde betont, dass diese eingeschränkte Sichtbarkeit eine zusätzliche Hürde für ratsuchende Personen darstelle und folglich auch zu einem Rückgang an Direktanfragen führen könne. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Bei uns ist es irgendwo hinten links. Also weisst du, das musst du mal noch drauf kommen, was ist das überhaupt so.“* Daneben wurden verschiedene Verbesserungsvorschläge genannt. Unter anderem wurde von einer Fachperson die Optimierung bezüglich der mobilen Nutzung sowie der allgemeinen Benutzerfreundlichkeit der Beratungssapp für Fachpersonen erwähnt. Wünsche für weitere Funktionen wie ein integrierter Online-Kalender oder vereinfachte Terminvereinbarungen wurden ebenfalls geäussert.

4.3.5.2. Perspektive der Klienten und Klientinnen

Die Klientinnen und Klienten beschrieben das digitale Beratungsangebote von SafeZone überwiegend als niederschwellige Möglichkeit, um Unterstützung in Anspruch zu nehmen. Positiv hervorgehoben wurden insbesondere die ortsunabhängige Nutzung sowie die Möglichkeit, Beratungen flexibel in den Alltag zu integrieren. Gleichzeitig zeigte sich, dass die schriftliche Kommunikation über die Plattform nicht von allen Personen gleichermaßen geschätzt wird. Während ein einzelner Klient die Distanz und die Möglichkeit einer ersten Kontaktaufnahme als entlastend wahrnahm, bevorzugten die anderen persönliche oder telefonische Gespräche.

Die Interviews mit der Klientel zeigten, dass das lokale Online-Beratungsangebot von SafeZone für sie eher eine geringe Präsenz aufweist, da die genaue Bezeichnung der Hälfte der Befragten (n=2) unbekannt war. Diese Beobachtung legt die Vermutung nahe, dass die Anwendung im Beratungsprozess vorwiegend als unauffälliges Hintergrundsystem fungiert und von den Nutzenden primär als pragmatisches Kommunikationsmittel verortet wird, anstatt als eigenständiges Beratungsangebot.

4.3.6. Kompetenzen und Unterstützungsbedarf

4.3.6.1. Perspektive der Fachpersonen

Der Einsatz von Blended Counseling hat sich nach Angaben von 5 Fachpersonen in vielen Fachstellen schrittweise entwickelt. Dabei wurde wiederholt erwähnt, dass digitale Beratungsformen häufig praxisnah und erfahrungsbasiert erlernt wurden. Eine Fachperson beschrieb den Umgang mit digitalen Beratungsformaten als «learning by doing». Gleichzeitig wurden interne Austausche innerhalb der Teams als wichtige Unterstützung genannt.

Bezüglich Schulungen zeigte sich ein unterschiedliches Bild. Insgesamt erwähnten 2 von 16 Fachpersonen interne Schulungen oder teaminterne Weiterbildungen zum Thema Blended Counseling. Demgegenüber beschrieben 11 von 16 Fachpersonen externe Weiterbildungen oder Schulungsangebote als wichtige Form der Vorbereitung auf digitale Beratungssettings.

Zwei Drittel der Fachstellenleitungen (n = 6) berichteten zudem, dass digitale Kompetenzen innerhalb der Teams unterschiedlich ausgeprägt seien. Dabei wurden insbesondere persönliche Erfahrungen, technische Fähigkeiten sowie individuelle Haltungen gegenüber digitalen Medien thematisiert.

Gleichzeitig zeigte sich, dass nur wenige Fachstellen über klar definierte Konzepte oder verbindliche Vorgaben zu Blended Counseling verfügen. Insgesamt beschrieben lediglich 2 von 16 Fachpersonen ein konkretes oder schriftlich festgehaltenes Konzept innerhalb ihrer Fachstelle.

Etwa die Hälfte der Befragten (n = 8) beschrieb stattdessen einen eher offenen oder situativen Umgang mit digitalen Beratungsformaten. Dabei wurde erwähnt, dass sich digitale Arbeitsweisen häufig schrittweise entwickelt hätten und Abläufe teilweise nicht verbindlich geregelt seien.

Ein weiterer zentraler Aspekt betraf Datenschutz und Datensicherheit. Insgesamt erwähnten 8 Fachpersonen Datenschutz als relevantes Thema im Zusammenhang mit Blended Counseling. Dabei wurden insbesondere Unsicherheiten bezüglich digitaler Plattformen wie Teams oder Zoom, schriftlicher Kommunikation sowie dem Umgang mit sensiblen personenbezogenen Daten beschrieben.

4.3.6.2. Perspektive der Klientinnen und Klienten

Auch in den Interviews mit der Klientel zeigten, dass Datenschutz und Vertraulichkeit wichtige Voraussetzungen für digitale Beratungsangebote darstellen. Zwei Klienten beschrieben, dass sich die

Wahrnehmung von Sicherheit und Vertrauen zwischen digitalen und persönlichen Beratungssettings unterscheiden könne.

Ein Klient brachte den Zusammenhang zwischen Vertrauen und wahrgenommener Datensicherheit folgendermassen zum Ausdruck: *„[...] aus meiner Sicht das Vertrauen, wenn man wirklich zu zweit im Raum ist, schon grösser als online. [...] Ich meine, man hört ja einiges, das könnte ja theoretisch auch jemand mithören online.“*

Die Aussagen der Klientinnen und Klienten verdeutlichen, dass Fragen der Datensicherheit nicht nur für Fachpersonen, sondern auch für die Nutzer digitaler Beratungsangebote von Bedeutung sind.

4.3.7. Künstliche Intelligenz in der Beratung

4.3.7.1. Perspektive der Fachpersonen

Das Thema Künstliche Intelligenz (KI) wurde von mehreren Fachpersonen (n = 12) als zukünftiges Entwicklungsthema im Bereich digitaler Beratung beschrieben. Dabei äusserten sich die Befragten sowohl zu Chancen als auch Risiken des Einsatzes von KI im psychosozialen Kontext. Insgesamt beschrieben 6 Fachpersonen mögliche Chancen durch KI-gestützte Anwendungen. Gleichzeitig wurde mehrfach betont, dass KI vor allem als ergänzendes Werkzeug und nicht als Ersatz für zwischenmenschliche Beratung verstanden werden.

Ein konkreter Anwendungsbereich von KI zeigte sich im administrativen Kontext. Insgesamt berichteten 9 von 16 (56%) Fachpersonen, KI beispielsweise für Übersetzungen, Formulierungshilfen oder Dokumentationsunterstützung wie mittels «Plain Voice» zu nutzen.

Gleichzeitig wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass KI-Systeme vorwiegend bestätigende oder den Eingaben entsprechende Antworten liefern können. Insgesamt erwähnten 5 Fachpersonen das Risiko falscher Bestätigung oder wenig kritischer Rückmeldungen durch KI. Eine Fachperson erklärte hierzu: *„Nicht verteufeln, aber der Realität nahe sein und den Leuten sagen können, man sagt auch immer, Empathie ist wie programmiert. Es sind keine echten Gefühle, aber es ist das, was für dich wünschenswert ist als Reaktion. Ich als Beraterin sage nicht immer Dinge, die wie Honig runtergehen. Ich bin manchmal auch fragend. Dann denke ich, man muss es lernen, es gut zu integrieren.“*

Auch Risiken eines zunehmenden KI-Einsatzes innerhalb psychosozialer Beratung wurden beschrieben. Insgesamt erwähnten 3 Fachpersonen die Gefahr fehlenden menschlichen Kontakts oder fehlender zwischenmenschlicher Beziehung. Darüber hinaus beschrieben 3 Fachpersonen Beratung als ein menschliches Bedürfnis nach Austausch, Beziehung und persönlichem Gegenüber.

4.3.7.2. Perspektive der Klientinnen und Klienten

Auch die Klientinnen und Klienten äusserten sich differenziert zum Einsatz von Künstlicher Intelligenz im Beratungskontext. Positiv hervorgehoben wurden insbesondere die schnelle Verfügbarkeit von Informationen sowie die Möglichkeit, sich niederschwellig erste Orientierung zu verschaffen.

Gleichzeitig wurden auch Grenzen von KI thematisiert. Ähnlich wie die Fachpersonen äusserte ein Klient die Befürchtung, dass KI-Systeme bestehende Sichtweisen eher bestätigen als kritisch hinterfragen könnten: *„Ich habe das während meiner Operation mitbekommen. Als die Wundverheilung aus meiner Sicht zu lange verlief, habe ich dann angefangen zu googeln und die KI zu füttern. Und ich habe dann gemerkt, je nachdem, wie man die KI füttert, gibt sie einem auch die Antworten, die man hören möchte. Also sie ist zwar sehr schlau und sehr schnell, oder? Sie kann gut Informationen zusammentragen, aber es braucht halt schon noch einen Menschen für mich.“*

Drei Befragte betonten zudem die Bedeutung persönlicher Beziehungen innerhalb von Beratungsprozessen. Beratung würde nicht ausschliesslich als Informationsvermittlung verstanden, sondern auch als zwischenmenschlicher Austausch und persönliche Unterstützung. Eine Klientin erklärte hierzu: *„Also ich bin da selber ein sehr empathischer Mensch. Ich brauche das vis-à-vis mir gegenüber zur Kommunikation. Ich kann mir das so schlecht vorstellen. Als erste Anlaufstelle vielleicht irgendwo, um erste Informationen zu erhalten. Aber ich glaube, meine Generation, vielleicht ist das bei den Jungen was anderes, dass die halt da mehr Vertrauen zu haben. Aber für mich wäre das völlig unpersönlich. Und wenn es ja doch um sehr persönliche Dinge geht, wo man sich Hilfe erhofft, glaube ich, ist das irgendwie nicht die richtige Herangehensweise.“*

Insgesamt deuteten die Aussagen der Klientinnen und Klienten darauf hin, dass KI zwar als hilfreiches Instrument zur Informationsbeschaffung wahrgenommen wird, persönliche Beziehungen und menschlicher Kontakt jedoch weiterhin als zentrale Bestandteile von Beratung betrachtet werden.

5. Diskussion und Ausblick

5.1. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Studie liefert eine Bestandsaufnahme zur Verbreitung, Nutzung und Wirkung von Online-Beratung und Blended Counseling in Suchtfachstellen in der Schweiz. Einschränkend ist dabei jedoch zu berücksichtigen, dass ausschliesslich Fachstellen an der Studie beteiligt waren, welche im Jahr 2024 eine SafeZone Landing Page hatten und die Möglichkeit zur lokalen Online-Beratung via SafeZone anboten. Insofern ist davon auszugehen, dass es sich hier um eine Selektion eher technologieaffiner Fachstellen handelt, in denen digitale Beratungsformate bereits ein etablierter Bestandteil der Versorgung sind. So lässt sich auf struktureller Ebene in den an den Erhebungen beteiligten Fachstellen eine hohe institutionelle Integration digitaler Angebote feststellen. In allen untersuchten Fachstellen sind Online-Beratung implementiert und werden finanziell gleichwertig zu Face-to-Face-Beratungen vergütet. Zudem verfügen die meisten Fachstellen über die notwendige technische Infrastruktur. Gleichzeitig besteht jedoch eine deutliche Heterogenität hinsichtlich der konzeptionellen Verankerung: Nur ein kleiner Teil der Fachstellen verfügt über ausgearbeitete Konzepte, während in vielen Fällen eher informelle oder situative Ansätze dominieren.

Ausserdem erwies sich der Begriff «Blended Counseling» schwierig zu greifen, da sich eine grosse Diskrepanz darin zeigte, wie der Begriff *verstanden* und wie er *definiert* wird. Während die Beratungspersonen 40.8% (60 von 147) ihrer kombinierten Beratungen direkt Betroffener als «Blended Counseling» bezeichneten, erfüllen lediglich 4 Fälle (2.7%) alle vier Kriterien der Definition von Blended Counseling.

Auf Ebene der Beratungspraxis zeigt sich, dass digitale Formate in einem substanziellen Anteil der Fälle (42%) genutzt werden, jedoch selten exklusiv: Reine Online-Verläufe (6%) bleiben die Ausnahme, während kombinierte Settings (36 %) deutlich häufiger auftreten. Gleichzeitig dominieren weiterhin analoge Formate, insbesondere Face-to-Face-Beratungen. Dies unterstreicht den Charakter digitaler Angebote als Ergänzung zur klassischen Beratung.

Die Nutzung digitaler Beratung wird stark durch die Klientinnen und Klienten bestimmt. Häufig geht die Initiative von diesen selbst aus und die Wahl des Settings erfolgt bedürfnisorientiert oder im Aushandlungsprozess. Als zentrale Gründe für die Nutzung digitaler Formate wurden Niedrigschwelligkeit, Flexibilität, bessere Vereinbarkeit mit dem Alltag sowie Überbrückung von Distanz oder Krisensituationen identifiziert.

Hinsichtlich der Wirkung zeigen die Ergebnisse, dass die Beratungsmodalität (analog, digital, kombiniert oder blended) keinen signifikanten Einfluss auf zentrale Erfolgsindikatoren wie Zielerreichung, planmässige Beendigung oder den globalen Veränderungsscore zeigen. Dabei ist einschränkend zu erwähnen, dass die Anzahl der Fälle, in denen Blended Counseling im Sinne der Definition eingesetzt wurde zu gering war, um diese Subgruppe der kombinierten Beratungen in Prädiktorenanalysen zu untersuchen. Insgesamt waren für das Behandlungsergebnis strukturelle und personenbezogene Faktoren entscheidend, etwa Zuweisungskontext, Behandlungsdauer, Vorbehandlung oder Merkmale der Beratungspersonen.

Die qualitativen Befunde ergänzen dieses Bild und zeigen, dass Blended Counseling in der Praxis häufig als flexible, situationsabhängige Kombination von Kommunikationsformen verstanden wird. Gleichzeitig bestehen Vorbehalte, insbesondere im Hinblick auf Beziehungsgestaltung, nonverbale Kommunikation und den Umgang mit Krisensituationen. Face-to-Face-Kontakte werden weiterhin als zentral für die therapeutische Qualität und den Vertrauensaufbau wahrgenommen.

Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse, dass Online-Beratung und kombinierte Beratung in den an der Studie beteiligten Fachstellen fest verankert sind, jedoch überwiegend pragmatisch, klientenorientiert und ohne umfassende konzeptionelle Systematisierung eingesetzt werden. Diese fehlenden Konzepte und der Umstand, dass der Begriff «Blended Counseling» über die Umfrage schwierig zu greifen war, schränken eine Aussage über die Verbreitung von «Blended Counseling» im Sinne von Hörmann ein.

5.2. Implikationen für die Praxis

Aus den Ergebnissen lassen sich mehrere Implikationen für die Weiterentwicklung der Beratungspraxis ableiten.

(1) Stärkung der konzeptionellen Fundierung

Die geringe Verbreitung systematischer Konzepte für Blended Counseling stellt eine zentrale Herausforderung dar. Obwohl kombinierte Formate häufig genutzt werden, erfolgt deren Einsatz meist situativ statt strategisch geplant. Eine stärkere konzeptionelle Fundierung könnte dazu beitragen, die Potenziale digitaler und analoger Elemente gezielter zu nutzen. Dies betrifft insbesondere die Definition von Einsatzindikationen (z. B. Erstkontakt, Krisen, Nachsorge), die strukturierte Integration verschiedener Kommunikationskanäle sowie die Entwicklung von Leitlinien für Beratungsverläufe. Ein hilfreicher Ansatz hierfür könnte die Arbeit mit sogenannten „Szenarien“ sein, die als roter Faden dienen, um Ziele und Settingwechsel vorab zu klären (Silfverberg & Hörmann, 2025).

(2) Förderung gezielter Kompetenzentwicklung

Die Ergebnisse zeigen, dass digitale Beratung häufig „learning by doing“ erfolgt und die Kompetenzen innerhalb der Teams stark variieren. Gleichzeitig steht der Einsatz digitaler Formate in Zusammenhang mit spezifischen Fähigkeiten, etwa im Umgang mit schriftlicher Kommunikation, Medienwechseln oder digitaler Beziehungsgestaltung. Daraus ergibt sich ein Bedarf an systematischen Weiterbildungsangeboten, die sowohl technische als auch methodische Kompetenzen adressieren. Dies umfasst gemäss aktuellen Modellen neben der reinen Techniknutzung insbesondere auch die reflektierte Medienauswahl sowie eine zukunftsorientierte digitale Grundhaltung (Camenzind et al., 2023; Silfverberg & Hörmann, 2025; Weber, 2025). Auch eine gezielte Schulung der Stellenleitungen und Fachpersonen hinsichtlich der Datenschutzkonformität der in SafeZone integrierten Kommunikationstools, wie z.B. Jitsi Meet, im Vergleich zu häufig verwendeten anderen Anbietern wie Teams oder Zoom, scheint erforderlich. Hilfreich sind hier auch bereits vorhandene Qualitätsempfehlungen und Checklisten z.B. [QuaTheDA Online-Beratung DE Juli25.pdf](#)

(3) Bewusste Gestaltung der Beziehungsarbeit im digitalen Raum

Ein zentrales Spannungsfeld liegt in der Beziehungsgestaltung. Während digitale Formate Vorteile hinsichtlich Zugänglichkeit und Flexibilität bieten, werden Defizite bei nonverbalen Informationen und emotionaler Nähe wahrgenommen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass im virtuellen Raum ein Grossteil der nonverbalen Kommunikation wegfällt, was zu einem „Reaktionsvakuum“ führen kann (Najib, 2025). Für die Praxis bedeutet dies, dass digitale Settings nicht einfach analoge Gespräche „ersetzen“, sondern spezifische Anpassungen erfordern. Dazu gehören z. B. explizitere Kommunikation, strukturierte Gesprächsführung oder bewusste Kombination mit Face-to-Face-Terminen – insbesondere zu Beginn oder in kritischen Phasen des Beratungsprozesses. Ergänzend

helfen klare Absprachen zu Beginn (ein „Contracting“), um Erwartungen zu klären und psychologische Sicherheit herzustellen (Najib, 2025).

(4) Nutzung digitaler Formate zur Verbesserung von Zugänglichkeit und Kontinuität

Die Ergebnisse unterstreichen den besonderen Mehrwert digitaler Angebote für die Niederschwelligkeit und Erreichbarkeit. Gerade bei schwer erreichbaren Zielgruppen, eingeschränkter Mobilität oder psychosozialen Belastungen können digitale Formate den Zugang erleichtern und Beratungsabbrüche verhindern. Neben physischen Hürden senkt die digitale Beratung dabei insbesondere auch die thematische Schwelle, da sich schambesetzte Themen online oft leichter ansprechen lassen (Hörmann & Pollmann, 2025). Dieses Potenzial sollte gezielt genutzt werden, etwa durch Integration digitaler Kontaktmöglichkeiten oder durch flexible Übergänge zwischen Settings.

(5) Reflexion von Routinen und impliziten Barrieren

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass digitale Beratung in vielen Fällen nicht eingesetzt wurde, weil sie gar nicht thematisiert wurde – nicht aufgrund technischer oder struktureller Hindernisse. Dies deutet auf die Bedeutung impliziter Routinen und Einstellungen innerhalb der Fachstellen hin. Für die Praxis ergibt sich daraus die Notwendigkeit, bestehende Abläufe und Entscheidungsprozesse kritisch zu reflektieren und digitale Optionen systematisch in Beratungsprozesse zu integrieren.

(6) Weiterentwicklung von SafeZone

SafeZone wird insgesamt positiv bewertet, insbesondere hinsichtlich Niedrigschwelligkeit, Datenschutz und Anonymität. Gleichzeitig ist die Nutzung von SafeZone für die digitale Beratung bislang eher die Ausnahme als die Regel. So wird für die asynchrone digitale Beratung von selbstbetroffenen Klientinnen und Klienten am häufigsten die klassische E-Mail genutzt (22 % aller Beratungsfälle), wohingegen SafeZone nur in 9% der Fälle dokumentiert wurde. Dabei ist zu erwähnen, dass die klassische E-Mail keine sichere Kommunikationsform darstellt und daher dem Grundsatz der Vertraulichkeit des therapeutischen Gesprächs nicht gerecht wird. Auch für die textbasierte synchrone Beratung wurden ausschliesslich allgemeine Kommunikationsdienste (z.B. WhatsApp, Telegram, Signal) verwendet. Die Berücksichtigung der aufgezeigten Optimierungsmöglichkeiten, etwa in Bezug auf Benutzerfreundlichkeit, mobile Nutzung oder Interaktionsmöglichkeiten könnte die Häufigkeit der Nutzung von SafeZone erhöhen.

5.3. Ausblick

Die Ergebnisse der Studie eröffnen mehrere Perspektiven für zukünftige Forschung und Weiterentwicklung im Bereich Blended Counseling. Obwohl digitale und kombinierte Formate in dieser Studie keinen eigenständigen Einfluss auf den von der Beratungsperson eingeschätzten Behandlungserfolg zeigen, bedeuten diese Befunde nicht, dass alle Beratungsformen bei allen Zielgruppen und Problemlagen gleich wirksam sind. Künftige Studien sollten zusätzlich Selbsteinschätzungen der Klientinnen und Klienten berücksichtigen, um Auswirkungen der Beratungsmodalität auf den Behandlungserfolg zu überprüfen.

Die Interviews zeigen ein wachsendes Interesse an KI-gestützten Anwendungen, insbesondere im administrativen Bereich. Gleichzeitig bestehen deutliche Vorbehalte hinsichtlich deren Einsatz in der direkten Beratung. Zukünftig wird es entscheidend sein, geeignete Einsatzfelder für KI zu definieren, die Effizienzgewinne ermöglichen, ohne die Qualität und den zentralen zwischenmenschlichen Charakter der Beratung zu beeinträchtigen. Aktuelle Praxisberichte zeigen bereits

Einsatzmöglichkeiten zur administrativen Entlastung oder zur Vorbereitung von Entscheidungen, betonen jedoch auch die Unverzichtbarkeit einer empathischen menschlichen Begleitung und eines stetigen «Realitätschecks» (Eybisich-Klimpel, 2025).

Langfristig könnte Blended Counseling ein zentraler Baustein einer stärker integrierten und flexiblen Suchthilfe werden. Dies erfordert jedoch nicht nur Anpassungen auf Ebene einzelner Fachstellen, sondern auch strukturelle Entwicklungen, etwa in Bezug auf Finanzierung, Qualitätssicherung und Datenschutzstandards. Begleitet werden muss dieser Strukturwandel durch den systematischen Aufbau einer professionellen Medienkompetenz bei den Fachkräften, um einen sicheren Umgang mit den neuen Anforderungen zu gewährleisten (Silfverberg & Hörmann, 2025).

Insgesamt zeigt die Studie, dass kombinierte Beratung und Online-Beratung in vielen Fachstellen der Schweiz bereits etabliert sind, ihr Potenzial in Richtung Blended Counseling bislang jedoch noch nicht vollständig ausgeschöpft wird. Eine stärkere konzeptionelle, methodische und strukturelle Weiterentwicklung könnte dazu beitragen, digitale und analoge Elemente künftig noch gezielter zu kombinieren und die Versorgung zu verbessern.

Referenzen

- Bachmann, A., & Hunkeler, B. (2021). Online-Beratung und Blended Counseling erweitern den Zugang zu Beratungsangeboten. *SuchtMagazin*, 47(6), 22–26.
- Bates, D., Machler, M., Bolker, B. M., & Walker, S. C. (2015). Fitting Linear Mixed-Effects Models Using lme4. *Journal of Statistical Software*, 67(1), 1–48.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101 <https://doi.org/https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Camenzind, G., Hörmann, M., & Silfverberg, M. (2023). *Medienkompetenz Blended Counseling: Ein Modell*. dgvt Verlag.
- Edwards, P., Cooper, R., Roberts, I., & Frost, C. (2005). Meta-analysis of randomised trials of monetary incentives and response to mailed questionnaires. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(11), 987–999.
- Eybisch-Klimpel, C. (2025). KI in der Beratung – was tun wir da? *dvb Forum*, 64(1), 83–85.
- Franke, T., Attig, C., & Wessel, D. (2018). A Personal Resource for Technology Interaction: Development and Validation of the Affinity for Technology Interaction (ATI) Scale. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 35(6), 456–467. <https://doi.org/https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10447318.2018.1456150?scroll=top&needAccess=true>
- Gutierrez, G., Meartsi, D., Nikjoo, N., Sajid, S., Moghimi, E., & Alavi, N. (2024). Online Psychotherapy for the Management of Alcohol Use Disorder, a Systematic Review and Network Meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 23, 650–681.
- Hörmann, M. (2020). *Konzeptionelle Fundierung der Weiterentwicklung des Portals SafeZone*. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Hörmann, M. (2022). *Blended Counseling: Arbeitshilfe für die Praxis der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer*innen (MBE)*. Der Paritätische Gesamtverband.
- Hörmann, M., & Pollmann, C. (2025). „Gute“ Beratung mit digitalen Medien?! Impulse für einen Perspektivwechsel. *dvb Forum*, 64(1), 62–65
- Johansson, M., Romero, D., Jakobson, M., Heinemans, N., & Lindner, P. (2024). Digital interventions targeting excessive substance use and substance use disorders: a comprehensive and systematic scoping review and bibliometric analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1233888. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1233888>
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. Beltz.
- Najib, S. (2025). Online-Beratung zwischen Chancen und Ressentiments: Was sie gelingen lässt. *dvb Forum*, 64(1), 86–89
- Silfverberg, M., & Hörmann, M. (2025). Medienkompetenz Blended Counseling: Ein Kompetenzmodell für BeraterInnen und Organisationen. *dvb Forum*, 64(1), 46–52.
- Weber, P. C. (2025). Stärkung der Kompetenzen von BeraterInnen für die digitale Beratung. *dvb Forum*, 64(1), 10–16