

MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Zwischen Depression und digitaler Ohnmacht:
Eine kritische Diskursanalyse digitaler Gesundheitsanwendungen

verfasst von | submitted by

Tim Benjamin Pfeiffer BA BSc

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of
Master of Science (MSc)

Wien | Vienna, 2025

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 840

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree pro-
gramme as it appears on the student record
sheet:

Masterstudium Psychologie

Betreut von | Supervisor:

ao. Univ.-Prof. Mag. Dr. Thomas Slunecko

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	2
2 Irritationen und Fragestellung	5
3 Wissenschaftlicher Diskurs	6
4 Metatheorie	9
4.1 Macht	9
4.2 Subjektivierung	10
4.3 Diskurs und Dispositiv	11
5 Empirischer Teil	14
5.1 Strukturanalyse	14
5.1.1 Methodisches Vorgehen	15
5.1.2 Strukturmerkmale	15
5.2 Dispositivanalyse der ‚My7steps App‘	26
5.2.1 Methodisches Vorgehen	26
5.2.2 Kontext der ‚My7steps App‘	28
5.2.3 Technischer Walkthrough	36
5.3 Strukturen	55
6 Zooming Out	60
7 Manöverkritik	65
Literaturverzeichnis	67
Abbildungsverzeichnis	71
Anhang 1: Materialkorpus der Diskursanalyse	72
Anhang 2: Material Dispositivanalyse	73
Abstract	77

1 Einleitung

„Ich vergleiche das jetzt mal – auch wenn das vielleicht nicht ganz passend ist – mit einem Videospiel, da hat man halt auch so die Fortschritte, die immer mal wieder gespeichert werden. Und da funktioniert das genau so, dass man sich durch das ganze Programm innerhalb dieser zwölf Wochen durcharbeiten kann, aber nicht muss. Meistens braucht man so eine halbe bis Dreiviertelstunde, um so ein Modul zu bearbeiten. Aber manchmal wird man eben auch dadurch, dass immer wieder sehr, sehr tiefgreifende Fragen drin vorkommen wie: Was schätzen andere Person an dir? Oder: Was schätzt du selber an dir? Wenn solche Fragen aufkommen, kann es halt auch mal sein, dass man da länger drüber nachdenken möchte.“ – Ein Nutzer über die digitale Psychotherapieanwendung Selfapy, im Audiopodcast von SWR2 Wissen (Bädorf, 2024).

Psychotherapie als Videospiel, in welchem sich Zwischenstände speichern lassen und Nutzer das lange Nachdenken über „tiefgreifende Fragen“ zu begründen versuchen? Diese Idee von Psychotherapie ist fern von meinem Verständnis und meiner Erfahrung, weshalb das Feld der digitalen Psychotherapie in Deutschland mein Interesse geweckt hat.

Die digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) begegneten mir in zwei Masterprojekten, die das Innenleben zweier ‚Psychotherapieapps‘ genauer betrachten (Fochler, 2021; Adamson, 2024) und führten mich zu einer tieferen Beschäftigung mit den Fragen, wie es zur Entstehung dieses neuen Feldes kam, welches Angebot derzeit existiert und wie die einzelnen Anwendungen zur staatlichen Anerkennung kommen. Auf der Suche nach Antworten stieß ich auf die politischen Reden, die im Zuge der Debatte über das 2019 verabschiedete Digitale-Versorgung-Gesetz vor dem deutschen Bundestag gehalten wurden und mir erste Einblicke in den damaligen Entstehungskontext gaben.

„Es gibt immer Schwarzmalerei, es gibt Bedenken und ein Verheddern in Einzelfragen, aber nicht den Blick für das, worum es eigentlich geht. Wir wollen jetzt Geschwindigkeit machen, Geschwindigkeit, um unser Gesundheitswesen fit zu machen für die digitale Zukunft.“ (Spahn, 2019)

Der damalige Gesundheitsminister Jens Spahn, der die Einführung der DiGAs in die deutsche Regelversorgung in dieser Rede als „Weltneuheit“ verkündete, brachte hier sein zentrales Anliegen auf den Punkt: Es soll schnell gehen und es soll digital sein. Dass die Zukunft eine digitale ist, stand nicht (mehr) zur Debatte. Nun galt es, dem hinsichtlich der Digitalisierung defizitär aussehenden Gesundheitswesen ein Update zu verpassen, indem es für digitale Angebote geöffnet werden sollte.

An dieser Stelle ist eine Begriffserklärung angebracht: Bei den digitalen Gesundheitsanwendungen (DiGA) handelt es sich um Webanwendungen und Applikationen, die von Ärzt*innen und von Psychotherapeut*innen in Deutschland verschrieben werden können. Als „Apps auf Rezept“ werden die Kosten von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Über die Aufnahme in das DiGA-Verzeichnis entscheidet das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) in einem sogenannten Fast-Track-Verfahren. Wie der Name andeutet, geht es verhältnismäßig schnell: Das Verfahren dauert drei Monate und beinhaltet „die Prüfung der Herstellerangaben zu den geforderten Produkteigenschaften – vom Datenschutz bis zur Benutzerfreundlichkeit – sowie die Prüfung eines durch den Hersteller beizubringenden Nachweises für die mit der DiGA realisierbaren positiven Versorgungseffekte“ (BfArM, 2023, S. 8).

Das Verzeichnis zählt im April 2025 insgesamt 69 Anwendungen, von denen bemerkenswerterweise 28 dem Reiter „Psyche“ zugeordnet sind (BfArM, 2025). Dort sind jene Anwendungen gelistet, die bei der Indikation einer psychischen Störung nach ICD-10 verschrieben werden können. Der hohe Anteil lässt auf den ersten Blick eine besondere Eignung der Überführung von psychotherapeutischer Behandlung in das digitale Gestell von Webanwendungen und Applikationen vermuten. Dass die Anwendungen größtenteils auf Videokontakt mit menschlichen Psychotherapeut*innen verzichten, ist jedoch bemerkenswert, wird die therapeutische Beziehung doch als wichtiger Wirkfaktor in der Psychotherapie betont (Slunecko, 2017a).

Die Erkenntnisse aus den Masterarbeiten (Fochler, 2021; Adamson, 2024) zeigen, dass die von ihnen untersuchten Anwendungen primär auf textbasierter Psychoedukation, Übungen und der Aufzeichnung sowie Auswertung personenbezogener Daten – wie Stimmung und Verhalten – basieren. Aufschluss über die zugrundeliegende Idee des letztgenannten Self-Trackings liefert Nora Blum, die Mitbegründerin von Selfapy – einer App, die bei der Indikation Depression verschrieben werden kann und von 35.000 Personen genutzt wird:

„[...] bekommst du die Möglichkeit, jeden Tag letztendlich deine Stimmung zu checken, deine Verhaltensweisen einzugeben. Und wir geben dir letztendlich daraufhin individuelle Auswertungen, wie sich eigentlich deine Stimmung verhält. Bist du immer traurig oder überwiegend am Wochenende, wenn du alleine bist? Wann geht es dir schlecht? Wann geht es dir gut? Welche Aktivitäten tun dir gut, welche nicht zu sehr?“ (Bädorf, 2024).

Die Idee der objektiven Datenauswertung als Grundlage, um sich selbst und die diagnostizierte psychische Störung zu verstehen, und der daraus erhofften Neuausrichtung bzw. Korrektur des Verhaltens fiel in einer ersten Durchsicht zahlreicher Herstellerwebsites auf.

Dass die für die Verhaltenstherapie typischen psychoedukativen Elemente und Übungen ebenfalls häufig vorkommen, lässt sich darin begründen, dass nicht alle vier in Deutschland staatlich und kassenrechtlich anerkannten Hauptströme der Psychotherapie – Systemische Psychotherapie, Psychoanalyse, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und (kognitive) Verhaltenstherapie – gleichermaßen in den Anwendungen vertreten sind. Eingang in die DiGAs findet fast ausschließlich letztere, was sich in den Beschreibungen der Anwendungen im DiGA-Verzeichnis erkennen lässt. Hanne Horvath, Chief Commercial Officer und Mitgründerin von HelloBetter, begründet das für ihre digitale Anwendung wie folgt: Um zu entscheiden, welche der psychotherapeutischen „Methoden“ in die Anwendungen implementiert werden, wird zuerst geprüft, was in den Behandlungsleitlinien – den offiziellen Handlungsempfehlungen für Ärzt*innen bei der Entscheidungsfindung für die Behandlung von Krankheiten – steht, die Aussagen darüber treffen, wie ein Mensch mit einem bestimmten Störungsbild bestenfalls behandelt werden soll. „Wir haben uns da entschieden. Wir nehmen die wesentlichen Dinge, haben uns vor allem an der kognitiven Verhaltenstherapie orientiert“ (Bädorf, 2024). Wesentlich ist für HelloBetter also nicht alles, was psychotherapeutische Schulen in mehr als 100 Jahren erarbeitet haben, sondern primär eine Richtung: die Kognitive Verhaltenstherapie. Auch aus dieser therapeutischen Schule wird wiederum nur eine Auswahl an bestimmten Interventionen getroffen (Bädorf, 2024), welche dann für alle Personen mit einer spezifischen Diagnose in der Anwendung zur Verfügung stehen.

Die meisten Anwendungen werden im DiGA-Verzeichnis als Ergänzung und Werkzeug neben einer parallel stattfindenden Psychotherapie beschrieben. Eine Ausnahme stellt die Selfapy-App für Essstörungen dar, die laut Verzeichnis im Versorgungspfad zur Überbrückung der Wartezeit oder als alleinstehende Therapie geeignet ist (BfArM, 2025). An den Statistiken der Verschreibungen der Techniker Krankenkasse lässt sich erkennen, dass Hausärzt*innen nach Zanado (für Adipositas) gleich drei Anwendungen der Kategorie „Psyche“ am häufigsten verschreiben: Selfapy, Somnio, Deprexis (Die Techniker, 2022). Da viele der Anwendungen als Unterstützung neben einer Psychotherapie beschrieben werden, wäre eine Verschreibung durch die behandelnden Psychotherapeut*innen die eigentlich logische Konsequenz. Diese Statistik, wie auch ein persönlicher Kontakt, lassen in mir die Vermutung aufkommen, dass die Anwendungen auch ohne zusätzliche Psychotherapie verschrieben werden. Dass sich diese Praxis etablieren könnte, wird durch das Vertrauen ausstrahlende staatliche Siegel, die

begrenzten und aktuell nicht ausreichenden Psychotherapie-Kassenplätze und der einfachen und bequemen Handhabung digitaler Gesundheitsanwendungen begünstigt. Ein wesentlicher Aspekt ist zudem, dass – die unter Zeitdruck stehenden – Leistungserbringenden von der Verantwortung entlastet sind, da die Anwendungen staatlich geprüft sind.

2 Irritationen und Fragestellung

Angeleitet von Thomas Sluneckos (2017b) kulturpsychologischem Forschungszugang, die eigenen lebensweltlichen Erfahrungen und Irritationen zum Ausgangspunkt eigener Forschungsprojekte zu machen, bin ich in das Feld der digitalen Gesundheitsanwendungen eingetaucht. Meine Irritationen betrafen insbesondere die folgenden Entwicklungen, die ich mit dem Eingang von DiGAs in die Gesundheitsversorgung verbunden sehe: Das Kernelement der psychotherapeutischen Praxis, die therapeutische Beziehung (als unmittelbarer Kontakt und physisches Beisammensein), ist in den DiGAs nicht vorgesehen. Neben meinem persönlichen Befremden einer beziehungslosen Behandlung gegenüber, verwundert dies auch vor dem Hintergrund, dass die therapeutische Beziehung schulenübergreifend als wichtigster Wirkfaktor rezipiert wird (Slunecko, 2017a). Digitale Anwendungen können durch ihre Struktur und vorgegebene Nutzungspfade die Handlungsspielräume und Zielsetzungen ihrer Nutzer*innen reduzieren, die in einer menschlichen Psychotherapie zumindest artikulierbar sind. Im Besonderen laufen die Potentiale humanistisch gelagerter Ansätze von Psychotherapie Gefahr, durch vorgegebene externe Erfolgsparameter ersetzt zu werden. Zu diesen gehören die Selbstbestimmung und Selbstentfaltung, also das Bestreben nach Unabhängigkeit von gesellschaftlichen Normen und ökonomischem Druck, denen ich einen hohen Stellenwert beimesse.

Die Idee, diese Entwicklungen gesellschaftskritisch zu beleuchten, mündete in dem Vorhaben, die zu Beginn meines Projektes 25 DiGAs im Bereich „Psyche“ hinsichtlich ihrer Prämissen und Logiken von Psychotherapie zu untersuchen. Vor dem Hintergrund der Erkenntnisse aus der Literatur leiteten mich zu Projektbeginn die Fragen, inwiefern diese das Individuum in Verantwortung für die eigene psychische Gesundheit nehmen und wie gesellschaftliche und soziale Kontexte berücksichtigt werden. Zudem war ich interessiert, welcher Begriff des Verstehens (von Krankheit und Selbst) in die Anwendungen eingeschrieben ist. Letztere Frage war angestoßen von der Beobachtung, dass Self-Tracking von Stimmung und anderen Phänomenen von zahlreichen Herstellern beworben wird und ein wesentlicher Bestandteil der Anwendungen zu sein scheint. Nach der ersten Analyse mehrerer Unternehmenswebsites der

Hersteller hatte ich bereits so viel Material gesammelt, welches ich genauer betrachten wollte, dass ich mich entschied, nicht alle 25 Anwendungen in die Analyse miteinzubeziehen, um das erhobene umfängliche Material tiefergehend sichten und den neuen, unerwarteten Beobachtungen nachgehen zu können. Da mein Interesse an der ‚Volkskrankheit‘ Depression am größten war, fiel die Auswahl auf jene sieben Anwendungen, die bei dieser Indikation anzuwenden sind.

3 Wissenschaftlicher Diskurs

Die Nutzung von Gesundheitsapplikationen – auch in Verbindung mit mobilen Devices wie Smartwatches – ist für viele Menschen ein fester Bestandteil des Alltags geworden. Auch in der Diagnostik, Prävention und Krankheitsbehandlung werden diese Funktionen zunehmend verwendet (Lüttke et al., 2018, S. 265). Mit der Technologie geht die Möglichkeit der Aufzeichnung von physiologischen und psychologischen Daten im Alltag einher, aus denen anschließend Probleme identifiziert und passende Interventionen bestimmt werden können (ebda.). Während Praxen des Self-Trackings und der Selbstvermessung in soziologischer Literatur aufgrund der Objektivierung des eigenen Körpers und des Selbst sowie der damit einhergehenden permanenten Selbstbeobachtung und Selbstoptimierung kritisch betrachtet werden (Duttweiler, 2016), werden diese neuen Möglichkeiten in der Klinischen Psychologie durchaus positiv aufgegriffen. So visioniert Mathias Berking, Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen, aus dessen Forschungsprojekten einige der digitalen Angebote hervorgegangen sind, die sich auf dem Markt durchgesetzt haben, in einem Podcast:

„Da kann ich Bewegung aufnehmen, da kann ich Herzrasen mit wahrnehmen. Ich kann die Stimme darauf analysieren, wie depressiv die ist. Ich kann mit der Kamera Emotions-Erkennung betreiben, kann gucken, wie oft die lächeln am Tag. Ich kann Rückmeldungen geben zum Lächeln. Ich kann ein Training bauen, was dazu anleitet mehr zu lächeln.“ (Bädorf, 2024).

Wenngleich sich diese Ideen im aktuellen Angebot noch nicht finden, lässt sich ein gänzlich naturwissenschaftliches Verständnis von Depressionen erkennen, das ohne subjektives Erleben auskommt und entsprechend simple Verhaltensänderungen ansteuert. Im Kontext der Einführung der DiGAs wurde eine Reihe von Studien vorgelegt, welche sich mit den Herausforderungen beschäftigen, die es noch zu überwinden gilt, um die Anwendungen im Gesundheitsbereich weiter zu implementieren. Gerlinger et al. (2021) argumentieren, dass die meisten Leistungserbringer – also Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen – offen für DiGAs

sein, da diese als Empowerment für Patient*innen verstanden werden können. Als größte Herausforderung identifizieren sie das „[...] Herstellen von Akzeptanz und Vertrauen in eine sorgfältige, herstellerunabhängige Qualitätsprüfung von DiGA“ (Gerlinger et al., 2021, S. 1215). Hierbei handelt es sich um ein Beispiel dafür, wie exmanente Kritik, die sich durch ein solches fehlendes Vertrauen ausdrücken kann, abgeblendet und auf immanente Kritik umgelenkt wird. Diese verbleibt „in Widerlegungsversuchen von wissenschaftlichen Sätzen, von Hypothesen [Anm.: in diesem Kontext dem Bestehen der Qualitätsprüfungen], und nicht von wissenschaftlicher Praxis“ und deren gesellschaftlichen Wirkungen (Ruck et al., 2010, S. 51). An anderer Stelle wird die wichtigste Herausforderung darin erkannt, dass viele Anwendungen, die potenziell in die Regelversorgung aufgenommen werden könnten, noch nicht geprüft sind (Weitzel et al., 2021). Auch die Herausarbeitung von Lösungsansätzen zur Verbesserung des Zugangs zu digitalen Gesundheitsanwendungen (Düvel et al., 2022) reiht sich in den Forschungsstrom, welcher einen Beitrag zur Etablierung der DiGAs zu leisten bemüht. Hinzu kommen Übersichtsarbeiten, wie die von Wolff et al. (2023), die ein hochwertiges Bild der derzeitigen Studienlage zur Evidenzprüfung bescheinigen. Ballerstein (2022) erkennt in den DiGAs nicht nur eine Erweiterung des Methodenkoffers in der Psychotherapie, darüber hinaus sei durch die Einführung der Beruf des*der psychologischen Psychotherapeut*in aufgewertet worden, der*die nun verordnen darf. Erwähnenswert ist zudem, dass die Hersteller der Anwendungen häufig mit Universitäten kooperieren, welche die Evidenzprüfung durchführen. Allerdings wirft Adamson in seiner Masterarbeit zur Anwendung ‚MindDoc‘ die Frage auf, ob die Forschenden, welche die Wirksamkeitsstudien durchführen tatsächlich unabhängig sind, da sie im Falle der Anwendung beim Hersteller oder in dessen direktem Netzwerk angestellt sind (Adamson, 2024, S. 48).

Gegenüber den affirmativen Studien übt Florian Funer (2021) eine exmanente Kritik, wenn er schreibt, dass DiGAs die medizinische Grundversorgung erreicht haben, obwohl die rechtliche Regelung noch nicht ausreichend geklärt worden sei. Darin erkennt er einen allgemeinen Glauben in die digitale Datenverarbeitung zum Zwecke der Steigerung der Gesundheit der Bevölkerung, der dadurch zu Selbsterkenntnis und Eigenverantwortung verholfen werden soll, wobei letztere in diesem Kontext oft als Empowerment uminterpretiert würde. Diese Hoffnung wirke sich positiv auf den nun expandierenden Markt digitaler Gesundheitsanwendungen aus. Funer kritisiert die Idee des Empowerments, die in der wachsenden Anzahl von erhobenen Daten eine Erweiterung der Handlungsoptionen für Individuen sieht. Durch die Auswertung solcher Daten würden einfache Zusammenhänge zwischen Verhalten und Symptomen suggeriert, denen es an der notwendigen Kontextualisierung mangle. Das Fast-Track-

Verfahren gehe zudem zu sehr auf die Interessen der Health-App Entwickler ein und liefere keine Informationen zu Risiken, die sowohl für Patient:innen als auch Behandler:innen wichtig seien. Wenngleich Selbstvermessungstechniken nicht grundsätzlich mangelhaft seien, bedürfe dieses Ziel jedoch „neben der Vermittlung von Grenz- und Normwerten auch der Bereitstellung kontextualisierender Zusatzinformationen und einer den Adressat:innen angemessenen Vermittlung, die die Deutungshoheit von Krankheit und Gesundheit nicht allein statistischen Datensätzen überlässt“ (Funer, 2021, S. 27). Dass durch das Fast-Track-Verfahren Anwendungen zugelassen werden, deren Wirksamkeit noch nicht belegt sind – die „Studie zum Nachweis des positiven Versorgungseffektes kann nachträglich [Anm.: nach der vorläufigen Aufnahme] im Rahmen einer Erprobung von bis zu zwölf Monaten Dauer durchgeführt werden“ (BfArM, 2023, S. 32) –, und die Patient*innen somit zu Versuchspersonen werden, kritisiert auch der ehemalige Präsident der Psychotherapeutenkammer, Ernst Dietrich Munz (Bädorf, 2024).

Slunecko (2022) erkennt in der Akademisierung der Psychotherapie mit Orientierung an der Klinischen Psychologie und damit verbunden einer Evidenzforschung, die Klient*innen nicht zur Sprache kommen lässt und sie nicht lebensweltlich versteht, sondern durch sie hindurchsieht und auf Variablen und Faktoren reduziert, einen grundsätzlichen Trend zu einer neoliberalen Gouvernamentalität – einer Regierungstechnik, welche das Individuum stärker in die Verantwortung nimmt –, die durch den Gesetzgeber und die Krankenkassen bedingt sei. Dies führe dazu, dass bestehende gesellschaftliche Verhältnisse, die für das Leiden der Klient*innen mitverantwortlich sind, durch die Psychotherapie verdeckt bleiben. An diese Interpretation knüpft Fochler (2021) in seiner Masterarbeit an, indem er die App Selfapy, welche mittlerweile im DiGA-Verzeichnis gelistet ist, einer kritischen Dispositivanalyse unterzieht. Er beschreibt die untersuchte Applikation als Technik der Selbstführung, „die sich auf Macht-Wissen-Komplexe der neoliberalen Gouvernamentalität stütz[t] und diese wiederum stabilisier[t]“ (Fochler, 2021, S. 142). In diesen Forschungskontext lässt sich auch die Masterarbeit von Adamson (2024) einordnen, der die DiGA ‚MindDoc‘ untersucht und ähnliche Logiken wie Fochler herauspräpariert und diese vor dem Hintergrund der Dominanz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze und privatwirtschaftlicher Akteure auf dem DiGA-Markt diskutiert.

4 Metatheorie

4.1 Macht

Wie die im vergangenen Kapitel zuletzt genannten Arbeiten, werde ich an den Ansätzen Foucaults anschließen, welche den metatheoretischen Rahmen dieser Arbeit bilden und folglich die Entscheidungen innerhalb des Forschungsprozesses anleiten. Foucaults Werk kreist um die Begriffe *Diskurs*, *Subjekt*, *Macht* und *Wissen*, mit denen er zu erforschen und erklären versucht, wie Macht in der Gesellschaft wirkt und sich entfaltet und welche Formen der Subjektivierung damit verknüpft sind.

Foucault versteht unter Macht – im Unterschied zu gängigen Theorien seiner Zeit – keine Eigenschaft, die sich wenigen Mächtigen zuschreiben lässt, welche über andere verfügen, indem sie Handeln vorschreiben oder verbieten. Er zeichnet einen Machtbegriff, der sich nicht auf die Unterdrückung von Subjekten durch Gewalt und Zwang reduziert, sondern einen Handlungsspielraum der Subjekte voraussetzt. Macht zeigt sich gerade daran, dass Widerstand möglich ist oder sogar geleistet wird (Foucault, 2019, S. 96; Bröckling, 2019, S.40–41). Sie ist nicht auf ihre repressiven Momente beschränkt, sondern wirkt produktiv:

„Sie bietet Anreize, verleitet, verführt, erleichtert oder erschwert, sie erweitert Handlungsmöglichkeiten oder schränkt sie ein, sie erhöht oder senkt die Wahrscheinlichkeit von Handlungen, und im Grenzfall erzwingt oder verhindert sie Handlungen, aber stets richtet sie sich auf handelnde Subjekte, insofern sie handeln oder handeln können“ (Foucault, 2005, S. 256).

Indem sich Macht auf *handelnde* Subjekte bezieht, setzt Foucault Freiheitsgrade voraus.

Macht ist keiner Institution, keiner Regierung und keiner Gruppe von Menschen zugeordnet, die bestimmte Intentionen verfolgen. Sie ist keine Eigenschaft, die sich erwerben, teilen oder aneignen lässt, sondern „der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in der Gesellschaft gibt“ (Foucault, 2019, S. 94). Hinter der Strategie steht jedoch kein menschlicher, Fäden ziehender Stratege. Vielmehr spannt sich Macht wie ein Netz durch den Gesellschaftskörper und vollzieht sich innerhalb von sozialen Beziehungen, im Besonderen in sozialen Institutionen, wie Bildungseinrichtungen und Familien (Foucault, 2019, S. 94-95). In solchen Institutionen können bestimmte Akteure mächtiger als andere sein, aber für Foucault erschöpft sich die Ausübung von Macht nicht in der Unterdrückung durch eine herrschende Klasse. Denn diejenigen, die in ihren gesellschaftlichen Rollen mehr Verfügungsmacht haben als andere, sind ebenfalls eingebunden in die komplexe gesellschaftliche Situation und ebenso von der Macht durchflossen. So verfügt bspw. der Rektor einer Universität zwar über Instrumente, diese zu lenken – über Personal- und Budgetentscheidungen –, doch ist er

ebenfalls eingebunden in einen sich zunehmend in Zahlen ausdrückenden Wettbewerb um Förder- und Finanzierungsmittel und Publikationszahlen mit anderen Universitäten. Nicht zuletzt lassen sich Rankings und die ihnen zugrundeliegenden Indikatoren anführen, die Einfluss auf strategische Zielsetzungen und Personalentscheidungen nehmen (Mau, 2018, S. 86).

Die Macht verschmilzt bei Foucault mit dem Wissen zu Macht-Wissens-Komplexen. Wissen ist in diesem Sinne nicht objektiv bewiesen, sondern etwas, das in bestimmte machtvollen sozioökonomischen Verhältnisse eingebunden ist (Jäger, 2015). So ist im angesprochenen universitären Rahmen der Bildungsauftrag an ein bestimmtes Verständnis von Bildung gekoppelt. War das humboldtsche Bildungsideal des 19. Jahrhunderts eines, das autonome, mündige Subjekte hervorbringen wollte, indem universitäre Bildung nicht an Berufe und wirtschaftliche Interessen geknüpft ist, sieht das heutige Curriculum der Psychologie eine zweckmäßige Berufsvorbereitung auf die Arbeitswelt explizit vor.¹ Macht ist produktiv, indem sie Wissen hervorbringt, das sie wiederum legitimiert und dadurch stabilisiert. Wissen kann daher nicht als neutrales Werkzeug oder Erkenntnismittel betrachtet werden, sondern ist in einen gesellschaftlichen und historischen Kontext eingebettet und in diesem zu verstehen.

4.2 Subjektivierung

Um zu verstehen, wie sich Macht vollzieht, bedarf es eines Verständnisses von Foucaults Subjektbegriff. Der einzelne Mensch wird in der Gesellschaft als individualisiertes Subjekt angerufen. In der Reaktion des Individuums auf die Anrufung formt dieses sich zu einem bestimmten Subjekt (Bröckling, 2019, S. 30). Die Subjektivierung ist ein fortwährender Prozess, in welchem Subjekte ein bestimmtes Verhältnis zu sich selbst, zu anderen und zur Welt einnehmen und erfahren, „welche Praktiken dabei zu verfolgen sind und welche Bewertungen damit einherzugehen haben“ (Bührmann & Schneider, 2012, S.69).

Wenngleich sich die Konstitution von Subjekten als Effekt gesellschaftlicher Machtverhältnisse deuten lässt, ist die Subjektivierung nicht als determinierter Prozess zu verstehen: „Das Subjekt nimmt die Kräfte auf, denen es ausgesetzt ist, und modifiziert ihre Ansatzpunkte, Richtungen und Intensitäten“ (Bröckling, 2019, S. 20). In diesem Prozess gibt sich das Subjekt eine eigene Gestalt und wird sich selbst zum Gegenüber. Es kommt also nicht umhin, die Impulse der Macht in sich aufzunehmen und von diesen durchströmt zu werden, kann diese aber durchaus lenken. Insofern wird das Subjekt geformt und formt sich gleichzeitig selbst. Für Foucault ist die

¹ https://senat.univie.ac.at/fileadmin/user_upload/s_senat/konsolidierte_Bachelorcurricula/BA_Psychologie_Version2022.pdf

Subjektivierung elementar für die Erklärung von Machtausübung. Subjekte haben *als* Subjekte ein bestimmtes Verständnis von sich selbst, welches ihre Handlungspraxis strukturiert – sie führen sich selbst. Ansatzpunkt für das Regieren von Subjekten – bei Foucault die Gouvernamentalität – ist daher die Subjektivierung, oder besser gesagt die Subjektformierung, welche die Formung spezifischer Subjekte meint. An diese theoretischen Überlegungen anknüpfend erklärt Bröckling heutige Formen der neoliberalen Gouvernamentalität mit dem Begriff der Subjektivierungsregime, die Kraftfelder bilden, „deren Linien [...] in institutionellen Arrangements und administrativen Verordnungen, in Arbeits- und Versicherungsverträgen, in Trainingsprogrammen und Therapiekonzepten, in technischen Apparaturen und architektonischen Anordnungen, in medialen Inszenierungen und Alltagsroutinen wirksam sind“ (Bröckling, 2019, S. 39). Die Individuen der Moderne werden durch Subjektivierungsregime regiert, die auf gültige Wissensbestände zurückgreifen. Als Vermittler der Subjektivierungsregime führt Bröckling beispielhaft Ärzte, Berater, Therapeuten und Trainer an, die ihr Gegenüber als Patienten, Kunden und Klienten anrufen und gleichzeitig selbst Subjekte sind und als diese von spezifischen Wissensbeständen durchflossen sind (Bröckling, 2019, S. 41). Mit der Subjektivierung geht ein selbstverständliches Annehmen der Subjektformierungen einher (Bührmann und Schneider, 2012, S. 69). Foucault setzte in seinen Analysen an den kleinsten Steuerungsmechanismen des Handelns und Selbstverständnisses sozialer Akteure und Subjektivierungsweisen an, um aus diesen anschließend größere gesellschaftliche Machtstrukturen zu präparieren.

4.3 Diskurs und Dispositiv

Macht-Wissens-Komplexe und Subjektivierungsformen erzielen ihre Machtwirkungen, indem sie (als alternativlos) vermittelt werden. Dies geschieht in sogenannten Diskursen. Mit der Diskursanalyse hat Foucault ein Werkzeug inspiriert, das es ermöglicht, die Art und Weise zu untersuchen, wie Subjekte in Gesellschaften sprachlich und symbolisch zueinander in Beziehung treten. Dabei geht es ihm nicht um alltägliche direkte Interaktionen zwischen Menschen, um ihre Deutungen und Sinnsetzungen (Bührmann und Schneider, 2012). Es geht ihm um die Frage, warum manches gesellschaftlich zur Sprache kommt und manch anderes nicht. Mit dem Diskursbegriff beschreibt er eine überindividuelle Formation, die das Feld des Sagbaren und Nicht-Sagbaren aufspannt und begrenzt.

Aus der kurzen Definition von Diskursen als „institutionalisierte Aussagepraktiken“ (Bührmann und Schneider, 2012, S. 25) lassen sich einige wesentliche Ideen herauspräparieren: Der Diskursbegriff bezieht sich nicht auf einmalige Äußerungen, sondern auf Aussagen, die im

Diskurs wiederkehrend und sprachlich unterschiedlich vermittelt werden. Aussagepraktiken können als Muster und Routinen begriffen werden, die darüber entscheiden, wie über Dinge gesprochen wird, ohne auf der alltäglichen Bewusstseinsleiwand zu erscheinen. Die Aussagepraktiken sind institutionalisiert, weil sie von Institutionen geformt und stabilisiert werden.

In Diskursen wird nun nicht über Gegenstände gesprochen, die *der* Realität entnommen werden, „sondern umgekehrt: Diskurse produzieren und formen ihre Gegenstände und Objekte, indem sie entlang ‚machtvoller Regeln‘ über sie sprechen“ (Bührmann und Schneider, 2012, S. 27). Durch diesen Formungsprozess begrenzen sie diese und geben ihnen „Gebrauchsanweisungen“, wie Bührmann und Schneider (2012, S. 57) es formulieren. Wird die Natur in einem Diskurs als Ressource verhandelt, schreibt dieser ihr zu, dass sie nutzbar ist und die Möglichkeit ihrer Aneignung besteht.

Der Diskursbegriff ist allerdings auf das beschränkt, was sprachlich ausgedrückt bzw. durch Zeichen symbolisiert werden kann. Mit dem Dispositiv wird der Diskurs um eine materiell-technische Ebene erweitert. So sind architektonische Werke oder Sitzordnungen an der Universität oder in Parlamenten Elemente einer Formation, die sich gemeinsam mit den Diskursen ergibt, von diesen jedoch nicht eingeschlossen wird. Das Dispositiv ist somit kein Gegenstück zum Diskurs, sondern es vereint diskursive mit nicht-diskursiven Elementen:

„Was ich unter diesem Titel festzumachen versuche ist erstens ein entschieden heterogenes Ensemble, das Diskurse, Institutionen, architekturelle Einrichtungen, reglementierende Entscheidungen, Gesetze, administrative Maßnahmen, wissenschaftliche Aussagen, philosophische, moralische oder philanthropische Lehrsätze, kurz: Gesagtes ebenso wie Ungesagtes umfasst. Soweit die Elemente des Dispositivs. Das Dispositiv selbst ist das Netz, das zwischen diesen Elementen geknüpft werden kann. [...] Drittens verstehe ich unter Dispositiv eine Art von [...] Formation, deren Hauptfunktion zu einem gegebenen historischen Zeitpunkt darin bestanden hat, auf einen Notstand (urgence) zu antworten. Das Dispositiv hat also vorwiegend strategische Funktion.“ (Foucault, 1978, S. 119-120)

Nun lässt sich das Dispositiv aber nicht als Summe der einzelnen Elemente verstehen, sondern als das Netz, das diese miteinander verbindet. Die Verbindung besteht darin, dass sie gemeinsam strategisch auf einen Notstand antworten. Der Notstand bezieht sich auf ein Problem in der Ausübung von Macht, welche die sich zwischen diesen Elementen aufgespannte Verbindung neu zu organisieren und stabilisieren zu versucht. Demnach ist das Dispositiv nicht als Befreiungsmechanismus von Macht zu verstehen, sondern als neue Konfiguration von

Machtstrukturen. Das Dispositiv antwortet strategisch, indem es aus den bestehenden Machtverhältnissen hervorgeht und diese stützt. Dabei wirkt es produktiv: „Wenn Denkweisen wirksam sein, sich als Weisen des Regierens materialisieren sollen, müssen sie praktisch und das heißt auch technisch werden. Rationalitäten und Technologien des Regierens, Weisen des Denkens und der Intervention sind insofern unauflöslich miteinander verknüpft“ (Bröckling & Krasmann, 2010, S. 25). Dispositive werden dann wirkmächtig, wenn aus ihnen Technologien hervorgehen, weil diese bestimmte Rationalitäten in sich tragen, die Handlungspraxen und diskursive Praktiken formen. Der Begriff der Technologie meint eine Vielzahl von Verfahren – wie Produktionsmaschinen, Datenerhebungsinstrumente, architektonische Werke, Selbsthilferatgeber, aber auch soziale Netzwerke –, welche „Handlungsformen, Präferenzstrukturen und Entscheidungsprämissen von Akteuren im Hinblick auf bestimmte Ziele zu formen und zu steuern“ (Bröckling und Krasmann, 2010, S. 27). Lassen sich Technologien allgemein als Instrumente der Machtausübung und -überwachung verstehen, sind die *Selbsttechnologien* gesondert hervorzuheben. Mit ihnen werden jene Technologien bezeichnet, mit denen sich Subjekte selbst formen und gestalten können, die also direkt mit den Subjektivierungsprozessen verzahnt sind (Schaupp, 2016, S. 63). So lassen sich universitäre Prüfungen als Technologien verstehen, weil sie ein spezifisch ausgewähltes Wissen abfragen und dieses in einem bestimmten Format produziert werden muss. Selbsttechnologien sind beispielsweise Fitnessapplikationen oder Selbsthilferatgeber, die Subjekte anrufen, am eigenen Körper oder den eigenen Fähigkeiten zu arbeiten. Zweitere stellen daher einen wichtigen Ausgangspunkt dar, um die Subjektivierungsformen eines bestimmten gesellschaftlichen Kontextes zu rekonstruieren. Aus diesem Grund eignen sich Apps, die zu einer quasi-freiwilligen Arbeit am Subjekt anrufen und insofern als Träger der Macht verstanden werden können.

Die Anrufungen und Wissensbestände der DiGAs werden in der vorliegenden Arbeit anhand zweier methodischer Zugriffe untersucht. Ein erster orientiert sich an der diskursiven Ebene und zielt auf die Herausarbeitung von Grundmustern und -strukturen ab. In einem zweiten werden diese Erkenntnisse um eine dispositivanalytische Perspektive erweitert, welche die Konstruktion sozialer Wirklichkeit und Subjektivierungsformen im Prozess der Nutzung einer DiGA erschließt und dabei ihren gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und technologischen Kontext berücksichtigt.

5 Empirischer Teil

5.1 Strukturanalyse

Ausgangspunkt der Suche nach Material zu den DiGAs, welches im Rahmen einer systematischen Analyse zu ersten Erkenntnissen im Feld führen kann, bildet das behördliche Verzeichnis digitaler Gesundheitsanwendungen, in dem alle (derzeit) 69 zugelassenen Anwendungen gelistet sind. Anhand der Filterfunktion ermöglicht es die Eingrenzung auf jene Anwendungen, die bei Vorliegen von ‚psychischen‘ Indikationen verschrieben werden. Die zum Projektstart 25 (heute 28) Anwendungen, die im Reiter „Psyche“ gelistet sind, plante ich ursprünglich in die Analyse einzubeziehen. Da der Zugang und somit die Nutzung der Anwendungen als Privatzahler (sofern überhaupt möglich) kostenaufwändig ist (199 bis 535,49€) bzw. eine Indikation und Abrechnung über eine deutsche Krankenkasse erfordert und ich zu diesem Zeitpunkt möglichst viele Anwendungen analysieren wollte, um das Feld abzustecken, entschied ich mit Material zu arbeiten, das frei verfügbar ist.

Neben dem Verzeichnis des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte, das allgemeine Informationen zu Indikationen, Preis, Aufnahmestatus der DiGA in das Verzeichnis (vorläufig bzw. dauerhaft) und Gebrauchsinformationen des Herstellers enthält, stellen die Websites der Hersteller eine ausführlichere Informationsquelle dar, die potentielle Nutzer*innen und Verschreiber*innen adressieren, ihnen Informationen zu den Anwendungen bieten und teilweise konkrete Einblicke gewähren. Meine Analyse konzentriert sich daher insbesondere auf die Websites. Jene Anwendungen, die als App angeboten werden, verfügen darüber hinaus über einen Auftritt im AppStore bzw. Google Playstore. Um systematisch vorzugehen, begann ich mit der Analyse des Materials zu jenen sieben Anwendungen, welche bei Depressionen indiziert sind: ‚deprexis‘, ‚edupression.com[®]‘, ‚elona therapy Depression‘, ‚MindDoc auf Rezept‘, ‚My7steps App‘, ‚Novego: Depressionen bewältigen‘ und ‚Selfapy Online-Kurs bei Depression‘. Da die Websites der Hersteller dieser Anwendungen hinsichtlich meiner Forschungsfragen sehr ergiebig waren, traf ich aus forschungsökonomischen Gründen die Entscheidung, mein weiteres Forschungsvorhaben auf diese sieben Anwendungen zu beschränken. Das Ziel der Analyse besteht darin, ausgehend von meinen Forschungsfragen das Material zu den Anwendungen auf gemeinsame Strukturen und Logiken zu analysieren sowie Differenzen ausfindig zu machen. In anderen Worten gilt es herauszufinden, ob die Anwendungen alle auf einen gleichen ‚Nenner‘ zu bringen sind oder ob strukturelle Merkmale erkennbar sind, in denen sie sich wesentlich voneinander unterscheiden.

5.1.1 Methodisches Vorgehen

Für die Analyse des Materials der Websites der Hersteller gilt es, einen methodischen Zugang zu finden, mit welchem textförmiges Material, aber auch Bilder, die gemeinsam in einem spezifischen digitalen Website-Gestell miteinander verbunden und überlappend angeordnet sind, analysiert werden können. Hierfür bietet sich eine Diskursanalyse an, welche zugrundeliegende Aussagen herausarbeitet und diese miteinander in Beziehung setzt.

Einen methodischen Leitfaden für ein solches diskursanalytisches Vorhaben liefert die Kritische Diskursanalyse (KDA) nach Jäger, welche den methodischen Prozess in aufeinander aufbauende Schritte gliedert. Zwei wesentliche Schritte für meine Arbeit stellen die *Strukturanalyse* und *Feinanalyse* dar. Die Strukturanalyse ist ein Zwischenschritt der KDA, bei dem aus einem großen Materialkorpus feste Aussagen des Diskurses identifiziert werden: „der inhaltlich gemeinsame Nenner“ (Jäger, 2015, S. 95). Sie versucht, zentrale Inhalte und Begriffe und deren Häufungen sowie deren formale Vermittlung herauszuarbeiten. Die Aussagen des Diskurses werden rekonstruiert, indem sprachliche und nicht-sprachliche Performanzen – beispielsweise bildliche Darstellungen – betrachtet werden (Jäger, 2015). Anzumerken ist, dass Jäger die Unterscheidung zwischen den sprachlich vermittelten Diskursen und den Dispositiven, in welche sich bildliche Darstellungen einordnen lassen, nicht scharf macht. Beide Ebenen werden in dieser Arbeit miteinbezogen. An die Strukturanalyse anschließend folgt in der KDA eine Feinanalyse, in welcher besonders salientes Material mit größerer Genauigkeit betrachtet wird (Jäger, 2015). Wenngleich meine Arbeit am Material primär an der Strukturanalyse orientiert ist, gehe ich – wenn sich strukturelle Merkmale herausbilden – in die Feinanalyse über. Um Forschungsressourcen für einen zweiten methodischen Zugriff zu sparen, ist die Feinanalyse jedoch kein eigener und ausführlicher Bestandteil dieser Arbeit.

Bei der Analyse leiten mich die Forschungsfragen, welche Prämissen und Logiken von Psychotherapie in die Anwendungen eingeschrieben sind, inwiefern diese das Individuum in Verantwortung für die eigene psychische Gesundheit nehmen und wie gesellschaftliche und soziale Kontexte berücksichtigt werden. Zudem versuche ich zu rekonstruieren, welcher Begriff des Verstehens (von Krankheit und Selbst) in die Anwendungen eingeschrieben ist. Und schließlich zielt die Analyse auf die Rekonstruktion von (einer) Subjektivierungsform(en) ab.

5.1.2 Strukturmerkmale

Im Material von sechs der sieben Anwendungen ließen sich mehrere Homologien identifizieren, aus denen ich vor dem Hintergrund der Forschungsfragen fünf *Strukturmerkmale* formuliert habe. Zwei weitere *Strukturmerkmale* ließen sich nur bei einem Teil der Anwendungen

wiederfinden und differenzieren insofern zwischen diesen. Die insgesamt *sieben Strukturmerkmale* werden im Folgenden anhand der Analyse der Anwendung ‚edupression‘ unter Einbezug textlichen und bildlichen Materials der Website dargestellt.

Bei ‚edupression‘ handelt es sich um eine auf der kognitiven Verhaltenstherapie basierende Anwendung, deren Vision sich bereits im Namen erkennen lässt: education & depression. Gearbeitet wird primär lernend, was sich in zahlreichen Formulierungen auf der Website widerspiegelt: „Lernen Sie“, „Erhalten Sie“, „Verwenden Sie unser Lernmaterial“². Das erste Strukturmerkmal bezeichne ich daher als *Modus des Lernens*. Wissen vermittelt die Plattform in Verbindung mit spielerischen Elementen, zu denen gamifizierte Belohnungen wie Abzeichen und Zertifikate gehören, die in der Welt außerhalb der Anwendung keine Anknüpfungspunkte haben. Wenngleich die Lerninhalte auf der Website nicht einsehbar sind, deutet der wiederholt vorkommende Begriff der Psychoedukation auf ein äußeres ‚objektives‘ Wissen über Depressionen hin, das unabhängig von den Nutzer*innen ist. Das erlernte Wissen, so die Vision, dient zur Mustererkennung in der eigenen Depression, welche dem*der Nutzer*in hilft, entsprechende „Verhaltensänderungen ein[zul]eiten“. Mit dem Verhaltensbegriff basiert die Anwendung auf der Idee, dass sich durch Wissenserwerb konkrete Verhaltensweisen fördern bzw. vermeiden lassen. Im Kontrast dazu lässt sich der Handlungsbegriff anführen, der den Menschen als ein Wesen versteht, „das in einer sinnhaft verfassten, d.h. kulturell gewachsenen, von Bedeutungen strukturierten Welt agiert“ (Sluneco & Benetka, 2023, S. 215). Dieser erfordert ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Modellbildung durch Sprache, um das zu erfassen, was das Subjekt in die Therapie gebracht hat. Diese Möglichkeit besteht in der Anwendung nicht, weil ein solches Modell im Expertenwissen über die Krankheit bereits vorgegeben wird.

Eine zentrale Rolle nimmt das von edupression entwickelte Stimmungsdiagramm ein, das auf der Website einen eigenen Reiter erhält. „Affektive Symptome und deren Stärke werden täglich dokumentiert“, um „über längere Zeit einen aussagekräftigen Gesamtwert“ zu erhalten, der mit krankheitsrelevanten Faktoren – wie Veränderungen der Medikamente, Lebensereignissen, Psychotherapie und positiven Aktivitäten – visuell dargestellt wird. Dies diene der Erkennung von Mustern zwischen Symptomen und auslösenden Umweltfaktoren bzw. therapeutischen Wirkungen. Diese Daten werden mit dem behandelnden Arzt oder Psychotherapeuten geteilt, damit diese einen besseren Überblick über die Krankheit und die Entwicklung der Symptome erhalten. Das zweite Strukturmerkmal *Self-Tracking* – also das eigenständige Aufzeichnen

² <https://edupression.com/therapieprogramm/> (die Zitate und Abbildungen zu ‚edupression‘ entstammen dieser Unternehmenswebsite)

individueller Daten über Körper, Verhalten und Psyche – diene als Mittel der Selbsterkenntnis. Im Zuge des Reflektierens, Bewertens und Transformierens in einen Zahlenwert werden Stimmung und Symptome vergegenständlicht, um einen Blick ‚von außen‘ zu ermöglichen, der zur Schaffung von „Klarheit für sich“ verhelfe. In dieser Logik taugen Gefühle und das Hineinspüren in den eigenen Leib nicht als etwas, auf das sich die Behandlung fokussieren sollte. Erst die Zergliederung des Körpers, der Psyche und des Verhaltens und deren Vergegenständlichung kann als Erkenntniswerkzeug dienen.

Die Depression – auf der Website als „Krankheit“ bezeichnet – erfährt stets die Zuschreibung zu einem Individuum, welches in der Folge für den „Kampf“ gegen diese als verantwortlich angesprochen wird. Trotz dieser *Individualisierung*, die das dritte Strukturmerkmal darstellt und die Krankheit zu etwas Individuellem und nicht Gesellschaftlichem macht, verfügt die Anwendung mit ihrem Expertenwissen stets über mehr Wissen über die Krankheit als es das Individuum als werdender Experte je erreichen wird. Die Anrufung, die Nutzer*innen durch Wissensvermittlung zu Experten ‚ihrer‘ Krankheit zu machen, *dekontextualisiert* (viertes Strukturmerkmal) die Depression wie auch die Person selbst – schließlich handelt es sich um ein Expertenwissen, das unabhängig von dem*der Nutzer*in ist. Auch das Stimmungsdiagramm leistet hierfür einen Beitrag, indem es die Umstände, in denen die Stimmung vermessen wird, unberücksichtigt lässt. Ziel der Veränderung sind daher nicht (soziale oder gesellschaftliche) Kontexte, sondern „Verlauf“, „Symptome“ und „Verhalten“. Es ist eine zutiefst antisituative Logik, die sich nicht für etwas soziokulturell oder biographisch Gewachsenes interessiert. Vielmehr handelt es sich um ein Wissen *über*, dass nur deshalb funktioniert, weil mit dem Verhaltensbegriff ein handelndes Subjekt mit Eigenlogik und eigenen Sinnsetzungen außen vor bleibt ist.

Ein fünftes Strukturmerkmal besteht in der Berufung auf *Wirksamkeit* bzw. *Evidenz*. Visuell sind die beiden Wörter „klinische Wirksamkeit“ mit einem Haken versehen und somit in einer dichotomen Logik als ‚gegeben‘ dargestellt. Auf der übrigen Website taucht der Evidenzbegriff mehrmals auf. So sind unter dem Reiter „Medizinische Evidenz“ die S3-Leitlinien und NICE-Leitlinien verlinkt und es wird darauf hingewiesen, dass dem Stimmungsdiagramm der PHQ-Fragebogen zugrunde liegt, jedoch führt keiner der Verweise zu einer Erklärung, worin die Wirksamkeit besteht und worauf sich diese bezieht. Letztlich wirken die wissenschaftlich klingenden Akronyme selbst als Argument bzw. als ausreichender Beleg. Es finden sich lediglich Verweise auf die Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Wien und auf die Entwicklung durch „Ärzte und Psychologen“. Studien werden jedoch nicht angeführt.

Exkurs

Das Erwarten einer ausführlicheren Beschreibung der Evidenz mag innerhalb der Psychologie kleinlich erscheinen, aber genau dies halte ich für irritierend: Eine Psychotherapie ist in der Regel ein längerer Prozess, in und nach welchem es zu Veränderungen kommt, die sich auf unterschiedliche Weise ausdrücken können. Welche Veränderungen gewünscht sind und positiv wahrgenommen werden, sollten in meinem Verständnis jene Personen entscheiden, die sie erfahren. Dabei handelt es sich um ein Argument, das Wampold (2001) stark macht, wenn er Psychotherapieforschung nach kontext- und dialogbasierten Kriterien vorschlägt. Dem prozesshaften und kontextuellen Forschungsgegenstand Psychotherapie trägt eine Forschung Rechnung, die Klienten als Subjekte versteht und sie als solche „auch wirklich zu Wort kommen“ (Slunecko, 2017a, S. 22) lässt. Diesem Anspruch läuft eine Evidenzforschung entgegen, die mit vorab festgelegten Kriterien und Checklisten arbeitet und die lebensweltliche Gesamtsituation ausblendet (Slunecko, 2017a, S. 24). Einfache Prä-Post-Testungen, in denen von Forschenden vorstrukturierte Fragebögen Ausprägungen von Symptomen bestimmen, reduzieren den Klienten und Therapieerfolg auf ein Set von Variablen und führen zu der dargestellten zweiwertigen Logik, wie sie vom Hersteller gewählt wurde. Wenngleich ich eine Erklärung auf der Website für notwendig erachte, in der beschrieben wird, worauf sich der Versorgungseffekt bezieht und mit welchem Studiendesign dieser produziert wurde, statt mit symbolischen Darstellungen, Wortwahl und Akronymen sowie der Berufung auf Forschungseinrichtungen eine Wissenschaftlichkeit zu suggerieren, die keiner Rechtfertigung mehr bedarf, ist anzumerken, dass das BfArM dem Hersteller im Wirksamkeitsnachweis große Freiheiten lässt: „Der Hersteller ist prinzipiell frei in der Auswahl des Studienansatzes und der Auswahl der nachzuweisenden pVE [Anm.: positiver Versorgungseffekte]“ (BfArM, 2023, S.117). Eine Einschränkung gibt das Institut jedoch vor: „Rein qualitative Forschungsergebnisse sind nicht ausreichend“ (ebda.). Gerade diese Freiheiten machen eine Nachvollziehbarkeit so notwendig.

In der Analyse des Materials zu fünf der übrigen sechs Anwendungen lassen sich die dargestellten Strukturmerkmale *Modus des Lernens*, *Self-Tracking*, *Individualisierung*, *Dekontextualisierung* und *Berufung auf Evidenz* – in leicht unterschiedlicher Ausgestaltung – wiederfinden. Zwei weitere Merkmale fielen bei der Analyse des Materials zu ‚edupression‘ auf, die Differenzen zwischen den Anwendungen bilden:

So erhalten *Psychotherapeut*innen eine aktive Rolle* in ‚edupression‘. Wenngleich auf der Website primär Patient*innen angesprochen werden, denen im Kampf gegen die Depression

Hilfe angeboten wird, bleiben diese stets abhängig von der Anwendung, aber auch von ihren Therapeut*innen. Denn letztere erhalten ebenfalls eine Funktion in der Anwendung: Auf der Website als „Professionals“ adressiert, sitzen diese im „Cockpit“ und haben Einblicke in prozentuale Fortschritte, die quantitative Stimmungsentwicklung, gesammelte Abzeichen, Testergebnisse und Berichte – sofern die Patient*innen zustimmen (vgl. Abb. 1). Die Anwendung ist somit als Instrument des „Professionals“ nutzbar, der Kontrolle und Ausrichtung der Therapie bestimmt, wobei er ebenfalls im digitalen Gestell der Anwendung agiert, d.h. Informationen in Form von vergegenständlichten und gamifizierten Objektivationen erhält.

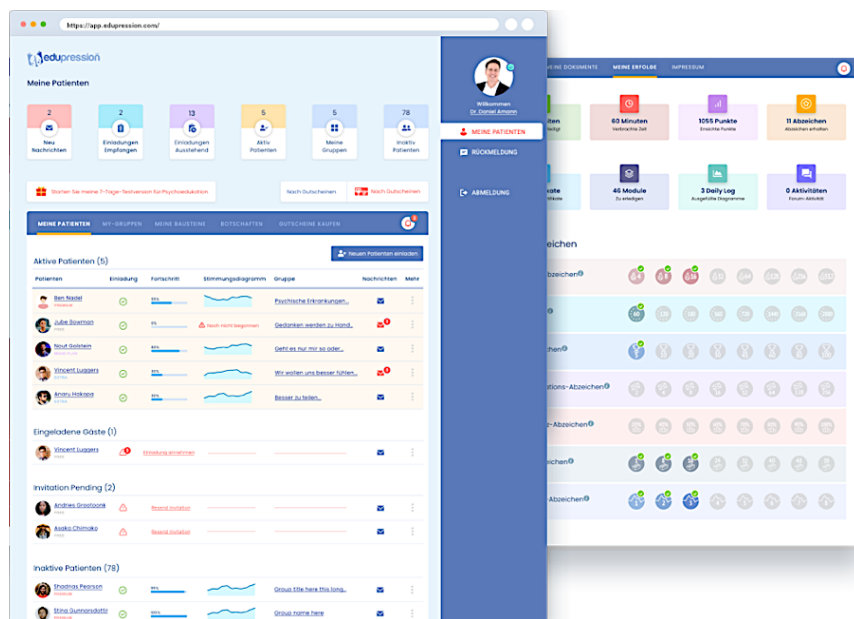


Abb. 1: Blick ins Cockpit (edupression)

Ein weiteres Merkmal, in welchem sich ‚edupression‘ von anderen Anwendungen unterscheidet, stellen die aktiv beworbenen *Kooperationen mit Unternehmen* dar. Die Bereitstellung der Anwendung für Mitarbeitende als Selbsthilfeprogramm ermögliche Unternehmen ein besseres „Vorsorgemanagement“ und für die Mitarbeitenden selbst bestehe der Vorteil in einem „bessere[n] Stressmanagement – beruflich und privat“, in der „Entdeckung von Resilienzmechanismen“ und dem „frühzeitigen Erkennen von möglichen Symptomen“. So werden Krankheit und Gesundheit für Unternehmen berechenbar und letztlich auch verwaltbar, wobei die Aufgabe der Verwaltung – im Sinne der Selbsttechnologien kann von Selbstführung gesprochen werden – den Mitarbeitenden zufällt, die sich widerstandsfähiger machen und sich auch in ihrem Privatleben für die Arbeit gesund halten. In diesem Zuge werden strukturelle Probleme im Arbeitskontext als individuelle Defizite überführt.

Kooperationen mit Unternehmen werden von drei weiteren Herstellern beworben (,My7steps App‘, ,MindDoc auf Rezept‘ und ,Selfapy Online-Kurs bei Depression‘) und damit bei mehr als der Hälfte der sieben Anwendungen für Depressionen. Die *aktive Rolle von Psychotherapeut*innen* bei ,edupression‘ fand sich dagegen lediglich in einem weiteren Fall wieder. So werden Fachkreise – also jene Berufsgruppen, die DiGAs verschreiben dürfen – auf den Websites der Hersteller zwar stets adressiert und über die Anwendungen aufgeklärt, eine aktive Rolle in den Anwendungen erhalten sie jedoch neben ,edupression‘ nur in ,elona therapy depression‘. Da sich die beiden Anwendungen in diesem Strukturmerkmal jedoch auch voneinander unterscheiden, wird die Analyse des Materials von ,elona therapy Depression‘ im Sinne der theoretischen Sättigung ebenfalls angeführt:

Die Anwendung basiert auf der kognitiven Verhaltenstherapie und unterscheidet sich von den übrigen, indem primär die Therapeut*innen auf der Website adressiert werden. An mehreren zentralen Stellen wird ihnen ein kostenloser „Zugang für Therapeut:innen“ angeboten und auch insgesamt kreisen die Inhalte der Website stärker um ihre Perspektive als um jene der Patient*innen.³ So werden Herausforderungen für Therapeut*innen unter anderem in geringer Arbeitszufriedenheit aufgrund fehlender „Adhärenz“ der Patient*innen identifiziert. Wenngleich auch Patient*innen über die Anwendung informiert werden, lässt diese sich als Werkzeug für Therapeut*innen verstehen, die durch Wissensvermittlung in Form von Psychoedukation entlastet werden, therapeutische Inhalte passend zum Therapieverlauf freischalten und Einblicke in die Entwicklung von Stimmung und Symptomatik erhalten. Letzteres findet in Kooperation mit den großen Verlagen Hogrefe und Pearson statt.

Eine Kooperation mit Unternehmen wird auf der Website nicht beworben, was sich dadurch erklären ließe, dass die Anwendung kein Selbsthilfeprogramm ist, für das sich Unternehmen primär interessieren dürften, sondern ein Instrument für Psychotherapeut*innen, die es zum jetzigen Stand kostenlos nutzen und ihren Patient*innen verschreiben können, während die Krankenkassen für die Kosten aufkommen. So wird stattdessen für Kooperationen mit Psychotherapiepraxen geworben, für welche die Möglichkeit eines Termins zur Aufklärung über eine etwaige Zusammenarbeit mit ,elona therapy Depression‘ besteht.

Psychoedukative Elemente deuten in dieser Anwendung auf den *lernenden Modus* hin, die jedoch weniger als Heilmittel, sondern vielmehr als Vorbereitung auf die parallel stattfindende Therapie deklariert werden. Sie dienen dazu, mehr über das eigene ,Störungsbild‘ zu lernen

³ <https://www.elona.health/> (die Zitate und Abbildungen zu ,elona therapy depression‘ entstammen dieser Unternehmenswebsite)

und „wichtige Begriffe der Psychotherapie kennen [zu lernen], ein besseres Verständnis von den Methoden zu erhalten“. Interessanterweise findet sich an dieser *einen* Stelle ein Verstehensbegriff, allerdings nicht in Verbindung mit der ‚Krankheit‘ oder dem ‚Selbst‘, sondern mit Abläufen der Therapie. Das ist insofern bemerkenswert, als es die Verinnerlichung des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Zugangs in der ersten Phase der Therapie vorsieht, um möglichst gut auf die therapeutische Arbeit in Person vorbereitet zu sein und gut in ihr zu funktionieren. Anschließend an die Therapieeinheiten kann der*die Therapeut*in „aus mehr als 400 leitliniengetreuen und manualbasierten Inhalten“ auswählen. Das bedeutet, dass die Inhalte für die Behandlung einer einzelnen, spezifischen psychischen Störung empfohlen sind und für diese wissenschaftlich geprüft wurden. Manualbasierte Psychotherapie findet sich in der kognitiven Verhaltenstherapie und ist an ein exaktes Vorgehen geknüpft, das für alle Personen mit dieser Indikation genau gleich abläuft. Die hervorgehobene „Individualisierung“ bezieht sich in diesem Kontext bloß auf die Auswahl der Inhalte durch die Therapeut*innen und blendet die Umstände der Patient*innen dagegen aus. Auch in dieser Anwendung wird vorwiegend *gelernt*, aber es handelt sich eher um Vorbereitung und Nachbereitung bzw. Vertiefung einer Therapie in Person und nicht um ein eigenständiges Selbsthilfewerkzeug.

Self-Tracking kommt im Stimmungstagebuch zur Anwendung, „[...] um deine Stimmung, Emotionen, Symptome und Gedanken zu protokollieren. elona therapy kann dich so beim Zugang, bspw. zu deinen Gefühlen, begleiten.“

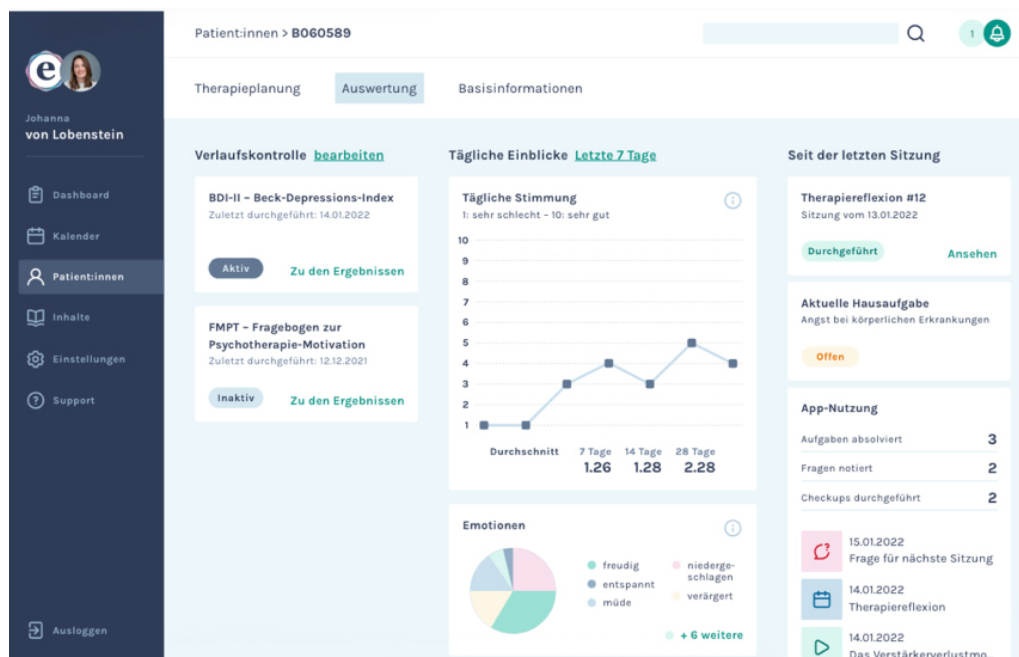


Abb. 2: Therapeut:innenansicht (elona therapy depression)

Die Therapeut*innensicht auf die Auswertungen (Abb. 2) ermöglichen die Einsicht in Verlaufskontrollen, Reflexionen, Hausaufgaben und Angaben zur App-Nutzung. Mittig und

besonders groß finden sich Diagramme zur Stimmung und den Emotionen, die – so wird auf der Website ausgeführt – in einem täglichen Check-up erfasst werden. Das Stimmungsdiagramm deutet anhand von miteinander verbundenen Punkten, den Erhebungszeitpunkten, eine Entwicklung der Stimmung über einen Zeitraum an. Ergänzt sind Durchschnittswerte aus den letzten ein, zwei und vier Wochen, welche einen schnellen Vergleich ermöglichen, schließlich wird die Stimmung in einem Wertebereich zwischen 1 (sehr schlecht) bis 10 (sehr gut) abgebildet. Das darunterliegende Kreisdiagramm zeigt eine Verteilung von insgesamt elf Emotionen – zu denen freudig, entspannt, müde, niedergeschlagen und verärgert zählen –, welche im täglichen Check-up durch die Auswahl eines „vorrangige[n] Gefühls“ erhoben werden. Gefühle und Emotionen sind für den Hersteller folglich Synonyme. Die Auswertung ermögliche den Patient*innen die „Fähigkeit zur Selbstbeobachtung“ zu entwickeln, „Muster [zu] erkennen“, und den Therapeut*innen gezielt „auf Veränderungen eingehen“ und „Emotionen besser nachvollziehen und adressieren“ zu können. Die Fähigkeiten der Psychotherapeut*innen wirken hierdurch defizitär oder zumindest optimierbar. Emotionen und Stimmung werden in dieser verdinglichten Form zugänglich und zu Erkenntniswerkzeugen. „So verschwindet die subjektive Erfahrung hinter einem Vorhang und taucht daraus in mathematisierter Form wieder auf“ (Slunecko 2025, o. S.). Zusätzlich ermöglicht die Anwendung systematische Verhaltensanalysen zur Auseinandersetzung „mit deinen Mustern“, um zu erfahren, „welches Verhalten deine Symptome eher verstärkt oder reduziert.“

Im Bewerben der Vision der „Psychotherapie von morgen“ werden mehrere Herausforderungen der heutigen Psychotherapie identifiziert, die ‚elona therapy‘ zu lösen vorgibt: „[B]is zu 65% der Menschen mit Depression [...] werden nach Abschluss ihrer Behandlung rückfällig“. „[F]ast 2 Jahre dauert eine psychotherapeutische Behandlung im Schnitt“. Argumentiert wird darüber hinaus mit der Arbeitszufriedenheit von Therapeut*innen: „Therapeut*innen sind mit der Mitarbeit und Adhärenz von 50% der Patient:innen nicht zufrieden“. Gesellschaftliche Missstände und strukturelle Probleme in der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland werden ausgeblendet bzw. *individualisiert*, indem sie in den Patient*innen verortet werden. Dies wird unter dem Reiter „Für Fachkreise“ explizit:

„Wir möchten, dass Sie Ihre Patient:innen auf dem Weg zu einem erfüllteren und zufriedeneren Leben bestmöglich begleiten können. Doch häufig steht eine unbefriedigende Patient:innensouveränität und Adhärenz zur Therapie im Weg. Hausaufgaben werden häufig nicht erledigt, die Therapiemotivation sinkt. Dies beeinflusst auch wichtige Wirkfaktoren wie die therapeutische Beziehung, was zu hohen Rückfallquoten nach der Therapie führt.“

Die Ursache des Scheiterns therapeutischer Ziele liege demnach im Patienten, der durch die Formulierung „bis zu 65% [...] werden rückfällig“ sogar als aktiver Verursacher erscheint. Diesen wird ‚elona therapy Depression‘ als verbesserte, „47% wirksamere“ Behandlungsform gegenüber einer „reguläre[n] Psychotherapie“ angeboten. Abbildung 3 zeigt den Appell an einen Verantwortung

übernehmenden Patienten, welcher die nicht mit Therapie verbrachte – die rote Schraffur impliziert nahezu ‚vergeudete‘ – Zeit zu nutzen lernt, indem er sie mit der DiGA füllt.

Die genannten Inhalte und Funktionen der Psychoedukation zur besseren Passung der Patient*innen in die Therapie, die Übungen sowie die Auswertungen von Stimmungsdiagrammen, welche Einblicke bieten und Änderungen der Symptomausprägungen auf Verhalten zurückführen, verstellen den Blick auf eine lebensweltliche und gesellschaftliche Einbettung. Vielmehr werden *Kontexte simplifiziert* und in einfache Zusammenhänge gebracht.

Der Hersteller beruft sich mit einer Art Siegel (Abb. 4) mit türkisgrüner Farbgebung, die an das Arzneimittel Aspirin erinnert, auf das offizielle DiGA-Verzeichnis. Die wiederholende Farbe, wie auch die auf der Website verwendeten Begriffe „Fachkreise“ und „Patient:innen“ deuten ein medizinisches Verständnis von Psychotherapie an und sprechen den*die Therapeut*in als jemanden vom Fach an. Schon im ersten vollständigen Satz auf der Website fällt der Evidenzbegriff: „Wir entwickeln evidenzbasierte und nachhaltige

Lösungen für eine patient:innenorientierte Psychotherapie.“ Unter dem Reiter „Wissenschaft“ werden Studienteilnehmer gesucht und die kooperierenden Universitäten und aktuellen Studien aufgelistet. Der Großteil der Studien evaluiert die „Sicherheit und Wirksamkeit“ der Anwendung in hypothesenprüfenden, quantitativen Studiendesigns. Zwei der veröffentlichten



Abb. 3: "Die Therapie zwischen deinen Sitzungen" (elona therapy depression)



Abb. 4: Offizielle Digitale Gesundheitsanwendung (elona therapy depression)

Studien heben sich durch die Nutzung von Interviews ab: Atik et al. (2022) identifizieren in Fokusgruppeninterviews mit kognitiven Verhaltenstherapeut*innen und weiteren mit Patient*innen, welche eine kognitive Verhaltenstherapie durchlaufen, Erwartungen an die DiGA. Die Studie von Braun et al. (2023) fragte in semistrukturierten Interviews nach Chancen und Barrieren in der Nutzung der digitalen Anwendung. Die Stichprobe bestand ausschließlich aus Studenten, die sich in kognitiver Verhaltenstherapie befinden und eine Anwendung von ‚elona therapy‘ nutzen. Diese beiden Studien sind wohlbemerkt nicht als Wirksamkeitsstudien konzipiert, zeigen jedoch, dass auch die nicht hypothesenprüfende Forschung zur Identifikation von „Verbesserungspotentialen“ genutzt wird und hierzu lediglich diejenigen zur Sprache kommen, welche sich – als Therapeut*innen oder Patient*innen – für die kognitive Verhaltenstherapie – also jene Schule, aus welcher die Anwendung ihre Inhalte konstruiert – entschieden haben. Eine exmanente Kritik oder Stimme anderer Verfahren leistet diese Forschung dagegen nicht.

In sechs der sieben Anwendungen ließen sich die fünf Strukturmerkmale *Modus des Lernens*, *Self-Tracking*, *Individualisierung*, *Dekontextualisierung* und *Berufung auf Evidenz* identifizieren. Lediglich die ‚My7steps App‘ weist diese Strukturen nicht bzw. in anderer Form auf, weshalb ich auf diese weiter unten eingehe. Zuerst versuche ich nachfolgend die Strukturmerkmale und die sich aus ihnen ergebende Subjektivierungsform nachzuzeichnen: Angerufen und erzeugt werden Subjekte, die die Ursachen ihrer Depression im eigenen defizitären Denken suchen. So setzt die Arbeit stets am Individuum an, das Verantwortung für die eigene Gesundheit übernimmt und Selbsthilfe leistet. Lebensweltliche Kontexte werden in einfache Dichotomien oder Zahlenlogiken übersetzt, welche es nicht vermögen, eine sinnhaft strukturierte Welt abzubilden. Zu vermeiden, so wird impliziert, ist jedes Verhalten, das zu einer Verstärkung der Symptome bzw. Verschlechterung der Stimmung führt. Welche Bedeutungen damit verbunden sind, bleibt jedoch unsagbar. Strukturelle gesellschaftliche Verhältnisse wie auch biographische Umstände bleiben gänzlich ausgeblendet. Das Subjekt ist ein lernendes, das sich mit abstraktem Wissen auseinanderzusetzen hat. Die Funktionen des Self-Trackings unterscheiden sich in den Anwendungen: Bei ‚edupression‘, ‚elona therapy Depression‘, ‚MindDoc auf Rezept‘, ‚Selfapy Online-Kurs bei Depression‘ und ‚deprexis‘ dient es als Erkenntniswerkzeug für Depression und Selbst, indem Stimmung und Aktivitäten oder Verhalten verdinglicht und miteinander in korrelative Beziehung gesetzt werden. Der Leib und das subjektive Erleben dynamischer emotionaler Zustände können in diesem „Blick von außen“ nicht zu einem Erkennen beitragen. In den Anwendungen ‚elona therapy Depression‘, ‚Novego:

Depression bewältigen‘ und ‚My7steps App‘ findet eine Gleichsetzung einer allgemeinen Zufriedenheit bzw. des Wohlbefindens mit dem Behandlungserfolg statt, welche die Frage aufwirft, ob das Ziel jeder Behandlung in der Erreichung von einer verdinglichten – also einer sich in Zahlen ausdrückenden – Zufriedenheit besteht, die in unmittelbarer zeitlicher Nähe zur Therapie einsetzt und damit einen schmerzhaften Auseinandersetzungsprozess in ein negatives Licht stellt.

Die direkte Verknüpfung digitaler Gesundheitsanwendungen mit Unternehmensinteressen im Falle von vier Anwendungen (‚edupression‘, ‚My7steps App‘, ‚MindDoc auf Rezept‘ und ‚Selfapy Online-Kurs bei Depression‘) führt zu einem verzweckten Gesundheitsverständnis, das stets auch einen Mehrwert für das Unternehmen erzielen muss, indem auf die Förderung ökonomischer Leistungsfähigkeit abgezielt wird. In diesem Zuge bleiben (Leistungs-)Überforderungen in der Ursachensuche für Depressionen verdeckt oder werden als individuelle Defizite gedeutet. Die Arbeit an der eigenen Gesundheit und Resilienz dringt in den beiden Fällen von ‚edupression‘ und ‚My7steps App‘ sogar in die private Sphäre ein. Die Verantwortung für die eigene Gesundheit wird im Falle von ‚elona therapy Depression‘ dagegen in der Zusammenarbeit mit dem*der Therapeut*in begründet.

Die Berufung auf Evidenz, die allen Anwendungen inhärent ist – wobei My7steps die eigene Behandlungsmethode als wirksam darstellt, während die anderen Hersteller die Anwendungen als wirksam bewerben –, impliziert, dass diese grundsätzlich allen Personen mit Depressionen helfen. Sie stellt einen Schutzmechanismus dar, der – weil er so unspezifisch und nur teilweise nachvollziehbar ist – dazu beiträgt, das Gesundwerden dem Individuum zu überantworten, das angesichts des Evidenzbeweises in eine Rechtfertigungsposition gebracht wird, sofern die DiGA keinen Erfolg erzielen sollte.

Zusammenfassend lässt sich das Bild eines Verantwortung übernehmenden, lernenden, Muster erkennenden und sich verwaltenden Subjekts zeichnen. Im Material der ‚My7steps App‘ lassen sich mehrere Unterschiede hinsichtlich der Strukturmerkmale erkennen. Die Anwendung fiel insbesondere durch die Berufung auf eine psychodynamische Methode aus den ansonsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angeboten auf. Wäre es mit dieser Berufung auf Psychodynamik ernst, dann wäre kein lernendes Subjekt adressiert, sondern eines, das seine Symptome als bedeutungsvoll versteht und aus solchem Verstehen neue Handlungsräume für Veränderungen schafft. Doch bleiben die Beschreibungen des Inhalts der Anwendung vage und ihre psychodynamischen Bezüge fraglich. Überschneidungen mit anderen Anwendungen fallen insbesondere in Hinblick auf die beworbenen Kooperationen mit Unternehmen und der daraus folgenden Anbindung von Gesundheit an eine ökonomische Logik auf. Die Berufung auf

Evidenz stellt ein zentrales Element auf der Website dar, die allerdings nicht auf die Anwendung, sondern die ihr zugrundeliegende Methode bezogen ist. Die übrigen Strukturmerkmale waren schwächer ausgeprägt bzw. im Material weniger salient.

5.2 Dispositivanalyse der ‚My7steps App‘

Die (primär) diskursive Ebene, möchte ich nun um eine dispositive erweitern, indem ich mir eine DiGA mit einem Zugang zur regulären Nutzung von ‚innen‘ ansehe, mich mit ihren Inhalten beschäftige und mich von ihr affizieren lasse. Für die Entscheidung bei der Auswahl einer Anwendung orientiere ich mich an den in der Strukturanalyse herausgearbeiteten Differenzen. Hierfür ergeben sich zwei Möglichkeiten: Die Anwendung ‚elona therapy Depression‘ ist als Werkzeug für Therapeut*innen vorgesehen und stellt somit kein Selbsthilfeprogramm wie die anderen sechs Anwendungen dar. Sowohl die Perspektive der Psychotherapeut*innen als auch die der Patient*innen sind forschungstechnisch interessant. ‚edupression‘ ist zwar ebenfalls in Kombination mit einem*einer Therapeut*in nutzbar, funktioniert jedoch auch als Selbsthilfeprogramm. Die ‚My7steps App‘, als zweite Möglichkeit, ließ sich nicht eindeutig in den herausgearbeiteten Typ einordnen und sticht mit ihrem Bezug auf eine psychodynamische Methodik, die auf ein handelndes Subjekt mit eigenen Bedeutungsstrukturen verweist, im ansonsten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Angebot heraus. Aufgrund meines Interesses, Differenzen in den Logiken von Psychotherapie und Subjektivierungsformen im derzeitigen Angebot zu finden, gilt mein Interesse primär der ‚My7steps App‘. Auf meine Anfrage erhielt ich glücklicherweise eine positive Rückmeldung und einen kostenlosen Zugang für mein Masterprojekt. Nach dem ersten diskursanalytischen Schritt folgt nun eine dispositivanalytische Herangehensweise, in welcher ich die digitale Gesundheitsanwendung ‚My7steps App‘ als eines von vielen Elementen im Netz eines Dispositivs verstehe.

5.2.1 Methodisches Vorgehen

Die Dispositivanalyse versucht, die durch diskursive und nichtdiskursive Praktiken konstruierte Wirklichkeit zu rekonstruieren und dafür insbesondere Subjektivierungsweisen zu betrachten. Apps, verstanden als Selbsttechnologien, sind Elemente eines Dispositivs, die in der heutigen Gesellschaft allgegenwärtig sind. Die Dispositivanalyse ist nicht als Methode zu verstehen, sondern als Forschungsstil. Eine Methode zur Datenerhebung und -auswertung von Smartphone-Applikationen (Apps), die sich mit den metatheoretischen Prämissen der Dispositivanalyse verbinden lässt, stellt die Walkthrough-Methode dar. Sie begreift Apps als

soziokulturelle Artefakte, in welche kulturelle Wissensbestände eingeschrieben sind (Light et al., 2018), die über Sprache, Bilder, Töne und Haptik vermittelt werden. Die Interfaces der Apps regen zu Interaktionen mit ihren Nutzer*innen an und sie laden „zu bestimmten Praktiken ein und sind zugleich in der Lage, sich entstehende Bedeutungen zu eigen zu machen“ (Meister & Slunecko, 2022, S. 244). Folglich dürfen Apps nicht bloß als Kanäle der Wissensvermittlung begriffen werden, vielmehr erzeugen sie Bedeutung und Wirklichkeit in einem interaktiven Prozess mit ihren Nutzer*innen (ebda., S. 245). Das digitale Gestell von Apps – verstanden als vorgegebene Buttons und Eingabemasken – eröffnet und begrenzt den Handlungsspielraum und fordert zugleich zu bestimmten Nutzungsweisen auf. Weil sich die Konstruktion sozialer Wirklichkeit und die damit verbundenen Subjektivierungsformen erst im Gebrauch einer App vollziehen, ist es als Forscher unabdingbar, sich mit ihr aus der Perspektive eines Nutzers auseinanderzusetzen. Erst im durch die App ‚Angerufen Werden‘, in der Interaktion und ihrem alltäglichen Gebrauch werden jene impliziten Bedeutungen sichtbar, die Ziel der Dispositivanalyse sind. Der Forscher nimmt jedoch eine besondere Rolle ein. Als Nutzer durchläuft er die App, vom Einstieg über die tägliche Nutzung bis zum Ausstieg, und lässt sich von ihr affizieren, er hält sie also nicht auf Distanz. Gleichzeitig hält er mit Screenshots und Notizen zu seinen Erfahrungen und Gedanken den Prozess fest, um diese später feiner zu analysieren. Insofern lässt sich der Forscher nicht als ‚normaler‘ Nutzer verstehen, der die ‚reguläre‘ Nutzungsweise untersucht und auf den tatsächlichen Gebrauch anderer schließen kann.

Neben diesem technischen Walkthrough steht die Erschließung des Kontextes der App, für die Light et al. (2018) drei Analysekategorien vorgeschlagen: Die Vision, das Operating Model und die Governance. Mit der Vision wird gefragt, welchen Zweck die App verfolgt, wer sie nutzen soll und wie sie genutzt werden soll. Bei der Betrachtung des Operating Model wird erschlossen, welche politischen und ökonomischen Interessen der Hersteller verfolgt und wie das Geschäftsmodell aussieht. Hieran schließen sich Fragen nach einem größeren Netzwerk von Anwendungen und Unternehmen an. Im Zuge der Erschließung der Governance sind Fragen bezüglich der Aktivitäten der Nutzer*innen zu stellen und inwiefern sie angeleitet und reguliert werden, um den vorgesehenen Zweck zu erfüllen, und wie sie ermutigt werden, die Ziele innerhalb der App zu erreichen.

5.2.2 Kontext der ‚My7steps App‘

Rekonstruktion der Geschichte der My7steps GmbH

Bestand das Feld der psychotherapeutischen Behandlung bislang primär aus zahlreichen einzelnen Psychotherapiepraxen, geht mit dem Eingang digitaler Gesundheitsanwendungen in das Gesundheitssystem auch eine Öffnung für privatwirtschaftliche Unternehmen einher. Die ‚My7steps App‘ ist ein Angebot der *My7steps GmbH*, die 2020 unter dem Namen *ipso Healthcare GmbH* gegründet wurde (Unternehmensregister, 2025). Auf die Geschichte des Unternehmens und deren Gründer Inge Missmahl und Ralph Grobecker wird im Folgenden ausführlicher eingegangen, um die Entstehung der Anwendung zu kontextualisieren.

Inge Missmahl ist eine deutsche Psychoanalytikerin, aus deren humanitärer Arbeit in Krisengebieten in Afghanistan 2008 die Methode des Value Based Counseling (VBC®) hervorging.⁴ Hierbei handelt es sich um eine sehr kurze Behandlungsform, die in lediglich 3-5 Sitzungen rasche Erfolge zu erzielen versucht. Mit dem Einsatz von Counselor*innen, die aus demselben Kulturkreis kommen wie ihre Klient*innen, begründet Missmahl ihren Ansatz als kultursensibles, niederschwelliges Angebot (Missmahl & Brugmann, 2019, S. 41). In ihren Publikationen beschreibt sie, dass sie Jungs Psychodynamik und Menschenbild mit Ansätzen humanistischer und existentieller Autoren der Psychotherapie verbindet (ebda., S. 40). Allerdings lassen sich einige Widersprüche in ihren Ausführungen erkennen, die eine tiefere Auseinandersetzung mit der psychoanalytischen Theorie zweifelhaft erscheinen lassen. So verwendet sie beispielsweise den Begriff des „Unterbewussten“ (ebda., 2019, S. 45), den es weder in der Psychoanalyse noch bei Jung gibt. Dort wird vom „Unbewussten“ gesprochen. Auch widerspricht die Kürze der Therapie der humanistischen Idee einer zeitlich offenen Begegnung. Unter dem Strich beruft sie sich auf viele bekannte Namen, führt deren Ideen jedoch nicht zu einem konsistenten Bild zusammen. Missmahl hat seither die *gemeinnützige GmbH ipso (ipso gGmbH)* gegründet, die sich in Krisengebieten weiterhin für humanitäre Hilfe einsetzt und in Deutschland Integrationsarbeit leistet und dabei unter anderem von Behörden und öffentlichen Institutionen – darunter die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), das Bundesministerium für Gesundheit und german cooperation –, durch zivilgesellschaftliche Organisationen, wie die Malteser, von medizinischen Instituten (Charité), aber auch von Unternehmen (Zalando) finanziell gefördert wird.⁵

2020 gründete sie mit Ralph Grobecker, der über sieben Jahre in einer internationalen Unternehmensberatung und über 14 Jahre in der Pharmabranche (Merck und Stada) tätig war,

⁴ <https://ipsocontext.org/de/ueber-uns/>

⁵ <https://ipsocontext.org/de/>

die *ipso Healthcare GmbH*.⁶ Das Unternehmen beschreibt Grobecker in einem Interview als Startup, das in enger Verbindung mit der *ipso gGmbH* aufgebaut wurde und zum Ziel habe, deren humanitäre Arbeit finanziell zu unterstützen.

Laut Unternehmensregister gehören zum Gegenstand und Zweck des Unternehmens die „Entwicklung, Verbreitung und Förderung effektiver und effizienter technisch innovativer Angebote zur Verbesserung oder Wiederherstellung der psychischen Gesundheit von Menschen in seelischer Not, auch durch die Nutzung mobiler und digitaler Medien“, die „Erbringung von Leistungen im Bereich digitaler Gesundheitsanwendungen (DiGA) auf der Grundlage des Digitale-Versorgung-Gesetzes (DVG) und der Digitale-Gesundheitsanwendungen-Verordnung (DiGAV)“ und „Vermarktung und Vertrieb von "Value Based Counseling" (VBC) oder ergänzender Counseling Konzepte“ (Unternehmensregister, 2025). Es sind im Wesentlichen drei Produkte, welche auf dem Markt platziert werden sollen: digitale Angebote für den Gesundheitsbereich, eine DiGA und die Vermarktung des VBC®-Ansatzes. Heute ist Grobecker alleiniger Geschäftsführer und im Jahr 2023 wurde die *ipso Healthcare GmbH* umbenannt in *My7steps GmbH* (ebda.).

Im Februar 2025 kündigte die *My7steps GmbH* auf ihrem LinkedIn-Profil an, von dem niederländischen Unternehmen *Acture* übernommen zu werden. Als führender Anbieter von Lösungen im Bereich Mitarbeiterwohlbefinden habe *Acture* bereits drei weitere deutsche Unternehmen übernommen (Evermood, die move UP GmbH und das Kölner Institut für Managementberatung GmbH), um in Deutschland Gesundheitsdienstleistungen anzubieten. Die *My7steps GmbH* verspricht sich hierdurch „neue Wege und Möglichkeiten, mit unserer Value Based Counseling Methode noch mehr Menschen schnell und wirksam zu unterstützen“.⁷ *Acture* ist niederländischer Marktführer in der Umsetzung des Krankengeldgesetzes (Sickness Benefits Act) sowie der Wiedereingliederungsleistung (WGA), für die das Unternehmen die Kontrolle von Kosten für Krankheit und Arbeitsunfähigkeit anbietet.⁸ Nach eigenen Angaben beeinflusst *Acture* die politische Gesetzgebung mit ihrer Vision der sozialen Sicherheit, die in der raschen „Aktivierung“ und Wiedereingliederung von Arbeitnehmer*innen in den Arbeitsmarkt besteht.⁹ Diese Vision setzt das Unternehmen zudem als führender Anbieter in der Umsetzung privater Sozialversicherungsleistungen für Arbeitgeber fort und wirbt mit dem

⁶ <https://www.wiesbaden.de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/unternehmen-produkte/content-gruender-az/ipso-healthcare.php>

⁷ https://www.linkedin.com/posts/my7steps_mitarbeiterwohlbefinden-gesundheitsdienstleistungen-activity-7288104445312151552-118G?utm_source=share&utm_medium=member_desktop&rcm=ACoAAFQhBa0B1eg5NmLXlvGSCbpB3LW3LZ3XRvA

⁸ <https://www.evermood.com/de/blog/pressemitteilung-acture-uebernimmt-my7steps>

⁹ <https://www.acture.nl/over-ons/>

Slogan: „Mache Absentismus in deinem Unternehmen vorhersehbar, messbar und kontrollierbar“¹⁰.

Produktpalette

Die *My7steps GmbH* bietet mehrere Produkte an, die zum besseren Verständnis des Geschäftsmodells an dieser Stelle vorgestellt werden.

My7steps App

Das Unternehmen entwickelte mit Erfolg eine digitale Gesundheitsanwendung: Laut Deutschem Register Klinischer Studien lief vom 11.11.2021 bis 06.04.2022 eine Pilotstudie unter wissenschaftlicher Leitung der *ipso gGmbH* zu der Anwendung (DRKS, 2022), die den Anforderungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte für die vorläufige Aufnahme ins DiGA-Verzeichnis entsprach. Seit dem 17.02.23 ist die DiGA ‚My7steps App‘ im Verzeichnis gelistet und wird von den gesetzlichen Krankenkassen mit 470,05€ je Verschreibung refundiert. Im Prozess meiner Masterarbeit wurde der Status „vorläufig aufgenommen“ von 12 Monaten (bei erstmaliger Aufnahme) auf weitere 12 Monate bis zum 16.02.25 verlängert (BfArM, 2025). Im Februar 2025 erfolgte die dauerhafte Aufnahme der Anwendung, für die „der Nachweis mindestens eines pVE [Anm.: positiver Versorgungseffekt] durch eigene Datenauswertung zur Nutzung der DiGA notwendig“ (BfArM, 2023) ist. Die Erprobungsstudie zum Nachweis des positiven Versorgungseffekts, deren Ergebnisse laut DRKS noch nicht erschienen sind, lief vom 27.06.2023 - 29.05.2024 (DRKS, 2023). Die Studie wurde unter wissenschaftlicher Leitung der *Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf* und der *ipso gGmbH* durchgeführt (DRKS, 2023). Vor dem Hintergrund der engen Beziehungen und verwobenen finanziellen Interessen mit der *ipso gGmbH* lässt sich ein vorsichtiges Fragezeichen hinter die Unabhängigkeit der Studien setzen.

Die ‚My7steps App‘ richtet sich an Menschen, die unter „Stress“, „Schwierigen Lebenssituationen“, „Persönlichen Problemen und Konflikten“ und „Psychischen Belastungen mit Symptomen von Depression, Angst, Überforderung“ leiden¹¹ und ist laut DiGA-Verzeichnis für die Indikationen *leichte depressive Episode, mittelgradige depressive Episode, rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig leichte Episode), rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode)* von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen anzuwenden (BfArM, 2025).

¹⁰ <https://www.acture.eu/>

¹¹ <https://my7steps.org/de/>

Die Anwendung basiert auf dem VBC®-Ansatz und ist in sieben Schritte gegliedert, die nacheinander durchlaufen werden. Die DiGA beinhaltet keinen direkten Kontakt zu Berater*innen oder Psychotherapeut*innen in Form von persönlichen Sitzungen, sondern wird selbstständig durchgeführt.

My7steps Talk

Neben der DiGA bietet die *My7steps GmbH* Counseling-Einheiten per Videocall an. Diese werden von Psycholog*innen durchgeführt, die im VBC®-Ansatz ausgebildet und bei der *My7steps GmbH* sind. „Ihre Counselor:in unterstützt und ermutigt Sie Schritt für Schritt, den für Sie passenden Weg raus aus der Krise zu finden. Empathisch, nie urteilend, auf Augenhöhe.“ Dieses Angebot steht in insgesamt 12 Sprachen zur Verfügung. Die Sitzungen können einzeln (109€) oder in Paketen zu drei bzw. fünf Sitzungen etwas günstiger gebucht werden (vgl. Abb. 5). Bisher wird das Angebot primär von Unternehmen genutzt, aber auch Selbstzahler*innen können Termine buchen.

Einzelsitzung	UNSERE EMPFEHLUNG Basis-Paket	Plus-Paket
Was bekomme ich?	Was bekomme ich?	Was bekomme ich?
✓ Persönliche Einzelsitzung ✓ Dauer: ca. 45 Minuten ✓ Termin sofort buchen ✓ Ausgebildete Counselor:innen ✓ Ideal zum Ergänzen	✓ 3 Persönliche Einzelsitzungen ✓ Dauer: ca. 45 Minuten ✓ Termine sofort buchen ✓ 9% Rabatt pro Sitzung ✓ Ausgebildete Counselor:innen ✓ Ideal für eine schnelle Besserung mit My7steps	✓ 5 Persönliche Einzelsitzungen ✓ Dauer: ca. 45 Minuten ✓ Termine sofort buchen ✓ 18% Rabatt pro Sitzung ✓ Ausgebildete Counselor:innen ✓ Ideal für eine umfassendere Unterstützung mit My7steps
109 €	299 €	449 €
BUCHEN	BUCHEN	BUCHEN

KONTAKT

Abb. 5: My7steps Talk Pakete

My7steps App & Talk

Mit der Verknüpfung von DiGA (My7steps App) und Counseling (My7steps Talk) hat das Unternehmen mittlerweile ein drittes Angebot entwickelt und bemüht sich, dieses mittels Selektivverträgen (Verträgen mit einzelnen Krankenkassen) an die gesetzlichen Krankenkassen zu bringen¹². Die Techniker Krankenkasse (11 Millionen Versicherte), die Viactiv Krankenkasse sowie die AOK Niedersachsen zahlen ihren Versicherten im Rahmen von Selektivverträgen bereits vier Sitzungen der Beratung zusätzlich zur DiGA. Da ‚My7steps Talk‘ von Psycholog*innen durchgeführt wird, die im VBC®-Ansatz zertifiziert sind – aber nicht zwangsläufig Psychotherapeut*innen sein müssen –, wird also mittlerweile neben der DiGA

¹² <https://rockets.investments/investments/green/my7steps>

auch der VBC®-Ansatz indirekt zur Kassenleistung, ohne dabei den Umweg über die Anerkennung eines neuen psychotherapeutischen Verfahrens zu gehen. Das ist hervorzuheben, da die Methode lediglich zwei Wirksamkeitsstudien vorzulegen hat und ein solches Anerkennungsverfahren in Deutschland mit großen Anforderungen verbunden ist. So stellt die Systemische Therapie das einzige Verfahren dar, das seit dem neuen Psychotherapeutengesetz von 1999 die seitdem geltenden Anforderungen erfüllt (nur) für den Erwachsenenbereich anerkannt zu werden (Kriz, 2023, S. 75). Die humanistische Therapie kämpft hingegen trotz einer Vielzahl an vorgebrachten Studien seit Jahren vergeblich um ihre Anerkennung, die unter anderem daran scheitert, dass die vorgeschriebene experimentelle Logik als Methode zur Wirksamkeitsprüfung nicht zu einem Verfahren passen, das seine Klient*innen als Subjekte mit eigenen Deutungen erkennt (Kriz, 2023, S. 78). Vor diesem Hintergrund hat die VBC®-Methode in einem solchen Verfahren keine Chance auf eine Anerkennung. An die DiGA geheftet, die wie anfangs geschildert ganz andere Wirksamkeitsnachweise liefern muss als ein Psychotherapieverfahren, kommt sie so dennoch ins Krankenkassensystem.

Weiterbildung VBC® Counseling

Das Value Based Counseling ist eine rechtlich geschützte Marke. Die Weiterbildung zum*zur VBC® Counselor:in wird auf der Website mittels ausfüllbarem Kontaktformular beworben. Bei einer Google-Suche finde ich lediglich einen Anbieter, der die Weiterbildung durchführt: Die *ipso.academy* als Teil der von Missmahl gegründeten *ipso gGmbH*. Dort kann die Ausbildung – bestehend aus 36 Webinaren, 2 Präsenzseminaren, 10 Gruppensupervisionssitzungen und 10-15 Einzelsupervisionssitzungen sowie einer Abschlussprüfung – für insgesamt € 3.000 absolviert werden, was zu einer Zertifizierung als Counselor in VBC® führt.¹³ Das ist insofern bemerkenswert, als mit dem My7steps App & Talk Angebot der VBC®-Ansatz in das Gesundheitssystem eindringt und die Ausbildung damit attraktiver wird. Insofern kann der Ansatz in den Diskurs und die Praxis des Gesundheitswesens und somit zur Anerkennung geraten, ohne sich Anerkennungsverfahren und Psychotherapiegesetzen stellen zu müssen.

Crowdfunding

Vor dem Hintergrund vieler konkurrierender Anbieter auf dem freien Markt digitaler Gesundheitsanwendungen gab die *My7steps GmbH* 2023 ein Wachstumsziel aus und bemühte sich durch ein Crowdfunding auf der Website ‚Rockets Investments‘ um Kapital und nahm

¹³ <https://ipso.academy/weiterbildung/vbc-counselor-weiterbildung/> (Die Preisangabe stammt aus dem Oktober 2024 und ist mittlerweile nicht mehr verfügbar)

knapp 100.000€ ein.¹⁴ Nach der Übernahme durch *Acture* wurde die Rückzahlung an die Geldgeber angekündigt.¹⁵ Zuvor erhielt das Unternehmen Geld von den Gesellschaftern und Investoren. Im Werben um potentielle Investoren lässt sich das Geschäftsmodell der *My7steps*



GmbH wie folgt aufschlüsseln: Einer der größten Abb. 6: Umsatz der My7steps GmbH

Investoren sind die Malteser Werke, deren Mitarbeiter das My7steps Angebot kostenfrei nutzen dürfen. Als größter Erfolg wird die Zulassung der ‚My7steps App‘ als DiGA beschrieben, da nun „[d]ie Kosten für die als DiGA zugelassene „My7steps App“ in Höhe von 470 Euro [...] **73 Millionen gesetzlich Versicherte** in Deutschland gänzlich erstattet“ bekommen. ‚My7steps Talk‘ nutzen vorwiegend Unternehmen für ihre Mitarbeitenden. Als wegweisend wird schließlich der „Vertragsabschluss mit einer der **größten deutschen Krankenkassen** [Anm.: gemeint ist die Technikerkrankenkasse] über die künftige Erstattung von My7steps App & Talk im Rahmen eines Selektivvertrags“¹⁶ angeführt. Abbildung 6 veranschaulicht die Einnahmequellen.

Es sind folglich vier Märkte, die das Unternehmen erschlossen hat: Zum einen die Unternehmensbranche, die ihren Mitarbeitenden Gesundheitsangebote bereitstellt. Zweitens das Gesundheitswesen durch die Versicherungsleistung ‚My7steps App‘, welche von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen auf Rezept verschrieben wird. Drittens werden Privatpersonen durch das Beratungsangebot angesprochen. Und schließlich – auch wenn die *My7steps GmbH* die Ausbildung nicht selbst durchführt – die Vermarktung des rechtlich geschützten VBC®-Ansatzes, dem bei Erfolg des Unternehmens eine gute Konjunktur beschieden sein könnte. Die Verschränkung der Geschäftsmodelle der *My7steps GmbH* und der *ipso gGmbH* kann an dieser Stelle aus forschungsökonomischen Gründen nicht weiter ausgeführt werden. Angemerkt sei, dass Grobecker in einem Interview betonte, die *My7steps GmbH* solle die *ipso gGmbH* in ihrer humanitären Arbeit finanziell unterstützen.¹⁷

Website My7steps

Auf der Website wird potentiellen Nutzer*innen psychologische Unterstützung angeboten, um „schwierige und belastende Lebenssituationen rasch zu bewältigen“. Wenngleich die Begriffe

¹⁴ <https://rockets.investments/investments/green/my7steps>

¹⁵ <https://rockets.investments/blog/erfolg-fuer-die-crowd-my7steps-zahlt-investitionen-fruehzeitig-zurueck>

¹⁶ <https://rockets.investments/investments/green/my7steps>

¹⁷ <https://www.wiesbaden.de/wirtschaft/wirtschaftsstandort/unternehmen-produkte/content-gruender-az/ipso-healthcare.php>

„Wirksamkeit“ und „auf Rezept“ sowie spezielle Angebote für Versicherte zweier Krankenkassen zuerst zu sehen sind, werden die medizinischen Indikationen auf der Hauptseite nicht genannt und sind auf der Seite zu der DiGA in den FAQs ‚versteckt‘, wodurch der*die Betrachter*in als Kund*in und nicht als Patient*in adressiert wird. Die beiden Angebote ‚My7steps App‘ und ‚My7steps Talk‘ nehmen auf der Website in etwa gleich viel Raum ein, wobei ‚My7steps App‘ farblich hervorgehoben ist. In einem fünfminütigen Video werden die sieben Schritte der Anwendung erklärt. Sowohl die DiGA als auch das Counseling-Angebot ist in zwölf Sprachen erhältlich, was den Anspruch unterstreicht, ein kultursensibles Angebot anzubieten. Zur ‚My7steps App‘ liegt eine Gebrauchsanweisung vor, in der über die Indikationen, Kontraindikationen, Inhalte, Dauer und Nutzungsvoraussetzungen informiert wird.¹⁸ Die Bearbeitung der Schritte wird darin als „aktive therapeutische Sitzung“ bezeichnet. Gleichzeitig erfahre ich über die Sicherheit meiner Daten: „Während der Nutzung von My7steps App haben Sie die Möglichkeit, Freitextfelder zu füllen. Bitte nutzen Sie diese Möglichkeit zur Dokumentation Ihrer Gedanken und Überlegungen. Nutzen Sie diese Möglichkeit jedoch bitte nicht dazu, sensible persönliche Informationen preis zu geben.“ Diese Anmerkung, die Nutzer*innen zur Mitarbeit am Datenschutz anregt, offenbart das Spannungsfeld zwischen Datenschutz und Behandlungsanspruch. Denn eine psychotherapeutische Behandlung adressiert per Definition sensible, persönliche Informationen und verbleibt eben nicht auf einer abstrakten Ebene. Für die ‚My7steps App‘ scheint dies jedoch keinen Widerspruch darzustellen. Darüber hinaus wird damit der Datenschutz der Anwendung infrage gestellt.

Ein Unterschied zu den in der Strukturanalyse analysierten Anbietern, die alle mit der Evidenz ihrer DiGAs werben, besteht darin, dass die *My7steps GmbH* die Evidenz auf die VBC®-Methodik bezieht: „Wissenschaftlich belegte Wirksamkeit. Wissenschaftliche Studien belegen eine signifikante Verbesserung der Alltagsfunktionalität und der Resilienz für die therapeutische Methodik VBC®.“ In den Begriffen Alltagsfunktionalität und Resilienz steckt eine erste Andeutung eines Gesundheitsverständnisses, das auf das Funktionieren und Leistungsfähig-Sein trotz widriger Umstände abzielt. Die Wirksamkeit deckt somit neben der DiGA auch das Counseling-Angebot ab, denn beide beruhen auf dem VBC®-Ansatz. Die Methode ist das ökonomische Kernstück und Markenzeichen der *My7steps GmbH* und erhält einen eigenen Reiter auf der Website. VBC® wird als „psychodynamische Kurzzeitintervention“ vorgestellt, die auf das Verstehen der Bedeutung von Symptomen abziele. Allerdings deuten sämtliche Fachbegriffe, welche die Methode beschreiben, auf ein

¹⁸ <https://my7steps.org/de/my7steps-app-landing-page/>

Psychotherapieverständnis aus der Verhaltenstherapie („Selbstwirksamkeit“), der humanistischen Therapie („tiefe Bedürfnisse“, „Beziehung auf Augenhöhe“), dem Systemischen Paradigma („Perspektivübernahme“) und dem Salutogenese-Ansatz („Kohärenzgefühl“) hin. Die Verbindung zu psychodynamischen Konzepten wird dagegen nicht ersichtlich. Die belegte Wirksamkeit wird nach der Beschreibung der Methode unwesentlich spezifiziert: „Reduzierung der depressiven Symptomatik(en)“, „Verbesserung der Resilienz“, „Verbesserung der Alltagsfunktionalität“.

Ein eigener Reiter „Für Unternehmen“ adressiert „Arbeitgeber:innen, die Verantwortung übernehmen“, indem sie sowohl die DiGA als auch die Beratungsgespräche mit den Psycholog*innen ihren Mitarbeiter*innen zur Verfügung stellen. Neben der Auflistung von Kunden wird als Argument die schnelle Implementierbarkeit der Anwendung angeführt. Außerdem seien die digitale Anwendung und das Counseling-Angebot insofern „flexibel“ und „transparent“, als diese „genau auf die Bedürfnisse des Unternehmens“ abgestimmt werden, was die Anbindung des Gesundheitsverständnisses an die Unternehmensbedürfnisse andeutet. An anderer Stelle heißt es: „Termine, Verabredungen, Abgaben, privat oder beruflich – im Alltag werden wir ständig herausgefordert. Jede:r reagiert darauf anders. Was die einen schaffen, ist anderen zu viel. Wir unterstützen Ihre Mitarbeiter:innen bei der Bewältigung psychischer Belastungen.“ Hierbei handelt es sich um ein aus der Strukturanalyse bekanntes Argument, welches fordernde und belastende Arbeitskontexte in individuelle Defizite überführt. My7steps unterstützt nun bei der Bewältigung der individuellen Belastung, um die Mitarbeiterleistungsfähigkeit zu gewährleisten. Diese Werbung für Unternehmen macht die Anbindung von Gesundheit an Zwecke der erfolgreichen Arbeitsleistung überaus deutlich.

5.2.3 Technischer Walkthrough

Zugang

Bei der digitalen Gesundheitsanwendung ‚My7steps App‘ handelt es sich – der Name ist insofern irreführend – nicht um eine App, sondern eine Webanwendung, die auf dem Smartphone oder PC genutzt werden kann. Für die Analyse ist dieser Unterschied jedoch unbedeutend, da sie über die übliche Gestaltung einer App verfügt und als in sich geschlossene Anwendung funktioniert. Für das erstmalige Anmelden ist ein Freischaltcode nötig, den die gesetzlichen, refundierenden Krankenkassen ausstellen. Auf der Unternehmenswebsite wird das Angebot daher als „kostenfreie psychologische Kurzzeit-Therapie auf Rezept“ bezeichnet. Eine Möglichkeit, die Anwendung als Privatzahler*in zu nutzen, lässt sich über die Website nicht finden, was die Nutzung auf Versicherte beschränkt. Für Nicht-Versicherte steht somit nur das kostenpflichtige Counseling-Angebot zur Verfügung. Der Reiter „Auf Rezept“ führt zu einer Anleitung für die Beschaffung des Freischaltcodes (vgl. Abb. 7).¹⁹

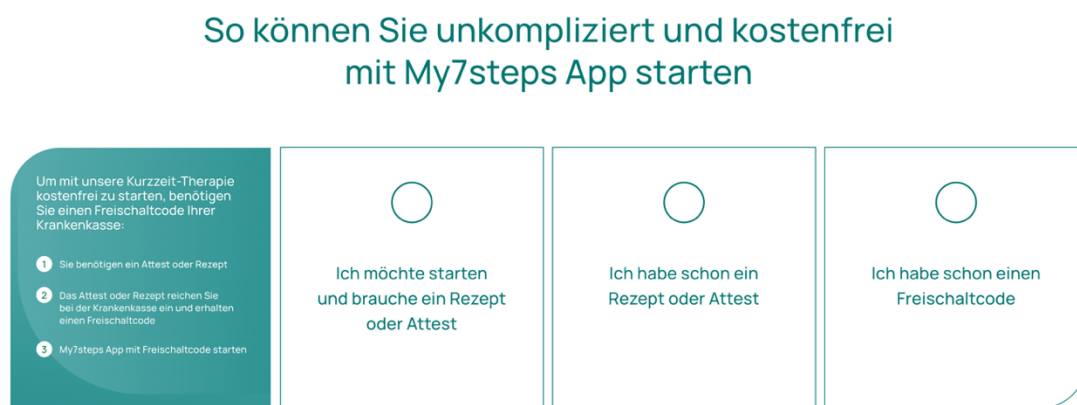


Abb. 7: Weg zum Freischaltcode

Hierfür ist ein Attest bzw. Rezept durch eine*n Arzt bzw. Ärztin oder eine*n Psychotherapeut*in nach der Besprechung der „psychischen Belastung“ auszustellen. Für „Ihren Arztbesuch“ wird ein Infoblatt zum Ausdrucken bereitgestellt, auf welchem die Anwendung als wirksame „Psychologische Kurzzeit-Therapie“ und „Digitale Gesundheitsanwendung“ vorgestellt wird. Die farblich hervorgehobene Information „Extrabudgetär – keine Belastung des Arznei- oder Heilmittelbudgets“ weist den*die Ärzt*in darauf hin, dass die Verschreibung nicht auf die gedeckelten Verschreibungsmöglichkeiten für Medikamente angerechnet wird. Zudem ist ein Rezeptmuster abgebildet, das sowohl Indikationen als auch Kontraindikationen anzeigt und so eine unkomplizierte Ausstellung des Rezepts ermöglicht. Wenngleich die Entscheidungskompetenz bei dem*der Ärzt*in bzw.

¹⁹ <https://my7steps.org/de/auf-rezept/>

Psychotherapeut*in verbleibt, reduziert My7steps die relevanten Informationen für die Entscheidungsfindung auf ökonomische Erwägungen und Indikationen bezüglich der Krankheit. Das Partnerangebot „Doktor.de“, zu deren Leistungen die Verschreibung von Apps auf Rezept gehören²⁰, stellt durch eine schnelle Terminvergabe und Onlineterminine eine einfachere Möglichkeit der Rezeptbeschaffung dar. Der lebensweltliche Kontext wird auf das Vorliegen einer „psychischen Belastung“ reduziert, die attestiert oder mit einer Diagnose versehen wird. Abgesehen von den drei Kontraindikationen werden keine zu beachtenden Informationen angegeben. Um das Attest bzw. Rezept anschließend bei der eigenen Krankenkasse einzureichen, bietet My7steps eine Suchmaschine für alle gesetzlichen Krankenkassen, um die entsprechenden Kontaktmöglichkeiten bei diesen zu finden.

Einstieg

Nach Eingabe des Freischaltcodes wird eine E-Mailadresse erfragt und ich werde aufgefordert ein Passwort festzulegen. Dazu ist meine Handynummer anzugeben, die später zum Login benötigt und für eventuelle Beratungsgespräche erfasst wird. Nach der Eingabe von Namen und Geschlecht werde ich gefragt, ob ich 18 Jahre alt bin, was eine Bedingung für die Behandlung darstellt. Die Geschäftsbedingungen und die Datenschutzerklärung, die mir zum Download bereitgestellt werden, sind zu akzeptieren. Schließlich werde ich gefragt, ob ich bei der Zufriedenheitsbefragung nach der Verwendung mitmachen möchte, wodurch sich mir die Anwendung sogleich als Produkt vorstellt, in dessen Nutzung, Bewertung und Verbesserung ich eingebunden werde. Nachdem ich die Anlegung des Accounts in einer E-Mail bestätigt habe, erhalte ich eine SMS, die zum Anmelden dient.

Nach der erstmaligen Anmeldung ist zu beantworten, ob ich eine diagnostizierte Psychose oder schwere Depression habe oder in den letzten beiden Wochen die Absicht hatte, mein Leben zu beenden. Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet – das wird mir vor dem Antippen angekündigt – ist die Anwendung keine geeignete Behandlungsmethode. Aus der Kontaktaufnahme mit dem Unternehmen weiß ich, dass mein Zugang in diesem Fall gesperrt werden würde und nur durch eine*n Mitarbeiter*in wieder freigeschaltet werden kann. An dieser Stelle wird nach dem Versichertenstatus die zweite Grenze sichtbar, die auf der Website und auf dem Informationsblatt angekündigt wurde: Die drei „Indikationen“ führen zum sofortigen Ausschluss aus der Anwendung. Diesen Personen wird nahegelegt, sich an dafür zuständige Institutionen zu wenden.

²⁰ <https://doktor.de/>

Homebildschirm

Anschließend sehe ich zum ersten Mal den Homebildschirm (Abb. 8). Die Farbgebung ist unaufdringlich. Die Gestaltung erinnert an das Layout eines Fragebogens. Es ist Text zu lesen, auf Bilder und knallige Farben wird verzichtet. Die Hintergrundfarbe ist ein leichtes Beige und wirkt wärmer als eine weiße Seite. Mehrere Elemente der Seite sind grün und erzeugen etwas Positives, Hoffnungsvolles. Oben links ist das My7steps Symbol zu erkennen. Oben rechts befindet sich ein Auswahlm Menü, das mich zur Sprachauswahl und möglichen Rechnungen führt. Darunter sind fünf untereinanderliegende Boxen zu sehen. Die Erste sticht heraus, da sie grün hervorgehoben ist. Sie begrüßt mich in der Anwendung: „Du kannst nun starten.“ Die Anwendung ist mit mir per Du und teilt mir mit, dass ich meinen „individuellen Weg“ beginnen kann. In der zweiten Box werde ich mit dem eingegebenen Namen angesprochen. „Du kannst nun mit My7steps App starten.“ Unterschrieben ist der Satz mit „Johanna Weber“ (Name pseudonymisiert). Den Namen kenne ich nicht und ich frage mich, ob es sich um eine fiktive Person handelt. Nach einem Besuch auf der Unternehmenswebsite finde ich heraus, dass sie eine Counselorin bei My7steps ist. Trotzdem stellt sich mir die Frage, ob *sie* das tatsächlich geschrieben hat oder ob ich es mit einer automatisch generierten Nachricht zu tun habe. Das erneute „Du“ schafft eine seltsame vertrauensvolle

Atmosphäre. Jemand ist mit mir per Du, ohne dass wir uns vorgestellt haben, und eine Kontaktmöglichkeit erkenne ich auch nicht. Ich frage mich, ob sie das, was ich in der Anwendung tue, sehen kann. Das bleibt an dieser Stelle unbeantwortet. Ich fühle mich sofort beobachtet, ohne zu wissen, wer mich beobachtet, und spüre einen Widerstand, *ehrliche* bzw. *authentische* Antworten zu geben. Und das, obwohl mir bei meinem Kontakt mit dem Unternehmen zugesichert wurde, dass niemand meine Nachrichten lesen wird.

In der dritten Box „Schritt 1 – Symptome“ befindet sich ein grüner Button „Starten“, der mir andeutet, dass ich durch Antippen mit dem ersten Schritt starten kann. Die Farbe signalisiert Hoffnung und eine bestätigende Option innerhalb einer digitalen Anwendung. In diesem ersten Schritt, so wird mir angekündigt, „erheben wir gemeinsam, was Dein tägliches Leben am

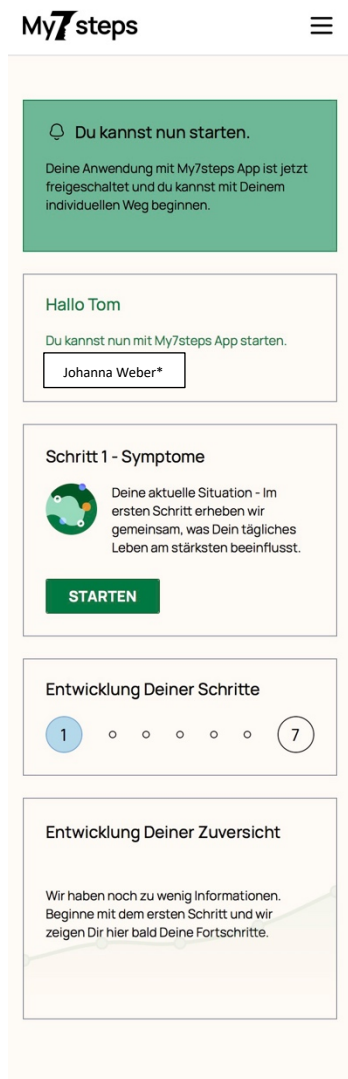


Abb. 8: Homebildschirm

*Name in Box 2 pseudonymisiert

stärksten beeinflusst“. Ich werde erneut per Du angesprochen und mir wird durch die Formulierung „wir gemeinsam“ eine Nähe-Beziehung suggeriert. Die Wortwahl verwundert, denn ich glaube in einer psychodynamischen Behandlung zu sein. Die Anwendung deutet an, dass es erhebliche Faktoren gibt, denen ein starker Einfluss auf mein Leben attribuiert werden kann, und suggeriert eine Kausalitätsbeziehung zwischen diesen.

In der vierten Box „Entwicklung deiner Schritte“ ist links ein blauer Kreis mit einer „1“ dargestellt, es folgen nach rechts fünf kleinere Kreise und anschließend ein transparenter Kreis in der Größe des ersten Kreises mit einer „7“. Die blaue Farbunterlegung des ersten Kreises scheint mir anzuzeigen, dass ich mich (noch) im ersten Schritt befinde. Weil sich der Kreis mit der 7 von den links davon befindlichen kleineren Kreisen abhebt, erscheint er mir sofort als Ziel, das ich nun schon zu Beginn vor Augen habe. Mit der „7“ assoziiere ich meinen Erfolg innerhalb der Anwendung und merke, dass ich es in jedem Fall bis zum Ende schaffen möchte. Gleichzeitig wird mir deutlich, dass es sich um keine offene Reise handelt, sondern Ziel und Ende bereits vorgegeben sind.

In der letzten Box ist eine angedeutete transparente, graphische Kurve zu erkennen, die aus mit Linien verbundenen Punkten besteht und mit „Entwicklung Deiner Zuversicht“ betitelt ist. Die Kurve unterlegt den Text „wir zeigen Dir hier bald Deine Fortschritte“ und macht mir damit deutlich, dass die abgebildete Kurve keinen Bezug zu mir hat. Denn meine Fortschritte können erst angezeigt werden, wenn genug „Informationen vorliegen“. Dennoch zeigt diese symbolische Kurve, von links nach rechts gelesen, nach oben und deutet an, wie meine Kurve aussehen wird oder aussehen sollte. Fortschritt und Zuversicht sind an dieser Stelle gleichbedeutend.

Schritt 1 – Symptome

Die einzige Handlungsmöglichkeit besteht darin, auf den Button „Starten“ zu tippen. Auf der Seite, die sich öffnet, erscheint ein kleiner Schriftzug „Schritt 1 – Symptome“ ganz oben. Der Name des Schrittes zeigt mir – ohne bis hier hin Gestaltungsmöglichkeiten zu haben oder zu Wort zu kommen –, dass ich mich nun mit Symptomen beschäftigen werde. Ich habe keine Möglichkeit, das Feld, in das ich mich begeben, zu strukturieren und mit meinen Bedeutungen zu versehen, sondern muss mich auf ein vorstrukturiertes sprachliches Terrain begeben.

Unter dem Namen des Schrittes ist die größere Überschrift „Deine aktuelle Situation“ zu lesen (vgl. Abb. 9), was in einem gewissen Spannungsverhältnis zum Symptombegriff zu stehen scheint, kann die „Situation“ auch auf eine zeitlich kurze subjektiv wahrgenommene Episode verstanden werden, während Symptome auf ein atomisiertes, psychologisiertes, pathologisiertes Individuum verweisen, das in die Logik von Einflussfaktoren passt. Darunter steht: „Wir erklären im Video, wie der Schritt funktioniert und warum er wichtig ist.“ Weshalb dieser Schritt wichtig ist, wird vorab legitimiert. Den Text des Videos kann ich auch nachlesen:

„Vermutlich haben Dich ganz bestimmte Beschwerden Hilfe suchen lassen. Manchmal ist auch ein allgemeines

Unwohlgefühl der Auslöser oder die quälende Frage „Was ist los mit mir?“. Ganz oft ist es der eine Wunsch, die innere Stimme, die sagt: "Ich möchte endlich, dass Sich [sic!] etwas ändert". In schwierigen Lebenslagen, mit Belastungen oder Problemen, bemerken wir häufig und oft sehr plötzlich, dass sich etwas Neues oder Ungewöhnliches bei uns zeigt. In der Regel sind dies körperliche Reaktionen, Gefühle oder Gedanken, die wir als störend oder belastend erleben. So ist es nur verständlich, dass der Wunsch entsteht, dies alles möge doch wieder verschwinden, damit wir wieder „normal“ und unbelastet unseren Alltag leben können. Vielleicht kannst Du Deine Symptome und unerwünschte Gefühle als einen für Dich wichtigen Impuls sehen, um etwas in Deinem Leben zu verändern?“

Das, was mich hergebracht hat, wird begrifflich als „Beschwerden, ein Unwohlgefühl, Belastungen oder Probleme“ und dessen Ausdruck als „körperliche Reaktionen, Gefühle oder Gedanken, die wir als störend oder belastend erleben“, gefasst. Unterschieden wird zwischen dem Körper als physikalische Entität auf der einen Seite und der Psyche mit der Differenzierung zwischen Gefühlen und Gedanken auf der anderen. Schwierige Lebenslagen mit Belastungen und Problemen sind die angekündigten Einflussfaktoren. Symptome und unerwünschte Gefühle werden anschließend als Impulse für Veränderungen begriffen. Vor der Auseinandersetzung mit meinen „Symptomen“ sind diese als Zweck für Veränderung gerahmt, die mich motivieren sollen. Worin die Veränderung besteht, bleibt dagegen offen.

An dieses Vorwort anschließend, werde ich aufgefordert, insgesamt 15 Symptome nacheinander im selben Modus (vgl. Abb. 10) auf ihr Zutreffen hin zu bewerten:



Abbildung 9: Video – Schritt 1

- Mangel von Freude und Interesse
- Traurigkeit
- Schlafstörungen
- Essverhalten
- Gefühle der Wertlosigkeit
- Konzentrationsfähigkeit
- Psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung
- Selbstmordgedanken
- Anspannung
- Sorgen
- Ängstlichkeit
- Anspannung
- Unruhe
- Reizbarkeit
- Angst

Abb. 10: Symptombewertung – Schritt 1

Der kleine Schriftzug „Schritt 1 – Symptome“ steht weiterhin – über die Bearbeitung des gesamten Schrittes hinweg – oben und erinnert mich stets, dass ich es mit Symptomen zu tun habe, die in größerer Schrift darunter stehen. Alle Überschriften sind folglich schon Symptom, bevor ich sie auswähle, und können nicht kontextualisiert werden: Die „Symptome“ werden der Reihe nach abgefragt und können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. Wähle ich „Ja“ aus, ist die Frage „Seit wann?“ mit einer von vier Antwortmöglichkeiten zu beantworten und die Stärke des Symptoms auf einer Skala mit Schieberegler mit den Polen „Wenig“ bis „Stark“ zu bestimmen. Jede Frage muss mit einer der vorgegebenen Möglichkeiten beantwortet werden. Mit jeweils wenigen Worten werden die Symptome spezifiziert bzw. definiert (vgl. Abb. 10), sodass sie durch einen distanzierten Blick auf mich selbst klar abgefragt werden können. So werde ich von jemandem, der etwas erleidet oder fühlt zu einem, der etwas distanziert zu bewerten hat. Das führt dazu, dass ich nicht lange nachdenke, sondern gleich die *Definition* lese, die so eng ist, dass ich schnell antworten kann. Schwieriger zu beantworten ist die Frage, wie lange das „Symptom“ besteht. Sie widerspricht meiner Wahrnehmung von dem, was hier als „Symptome“ bezeichnet wird, weil sie ihnen jegliche Dynamik abspricht und ihr Zutreffen als Dauerzustand vorsieht. Da ich zu diesem Zeitpunkt nicht weiß, wie wichtig diese Angaben sind und ob ich sie noch korrigieren kann, bin ich unsicher und frustriert, da eine *falsche* Angabe

meinen späteren Fortschritt blockieren könnte. Schwierig gestaltet sich auch die Einschätzung der „Stärke“ der Symptome, da mir der Bezug fehlt. Ist hier die Schwere in Bezug auf andere Menschen, auf mich selbst oder auf andere „Symptome“ gefragt? Zudem ist die Anwesenheit meiner „Symptome“ nicht den gesamten Tag *konstant*. Sicherlich würde ich auf eine offene Frage ganz anders antworten und viel konkreter beschreiben oder eine Analogie nutzen. Während der Eingabe fällt mir auf, dass die Symptomlogik mich krank *macht*, indem sie mir nur ein Denken in Symptomen und Krankheit ermöglicht.

Anschließend werde ich gebeten, aus den von mir zuvor als zutreffend angegebenen „Symptomen“ jene zwei auszuwählen, unter denen ich am meisten „leide“ (vgl. Abb. 11). Fokussiert wird demnach nicht auf die „Symptome“, die mir bedeutsam

erscheinen, oder auf das Zusammenspiel aller „Symptome“ in einem Symptomnetz, das in seiner Ganzheitlichkeit zu verstehen ist. Überhaupt ist Fokussieren der falsche Begriff, handelt es sich doch um eine Reduktion von – in meinem Fall – zehn auf zwei Symptome. Indem die Liste, aus der ich auswählen kann, mit „Stärkste Symptome“ überschrieben ist, findet eine Gleichsetzung von Leid und Stärke der „Symptome“ statt, die andeutet, dass nicht das „Symptom“, sondern seine Stärke über das Leid entscheidet, das ich zwangsläufig erfahre. Auch die strikte Trennung der „Symptome“ wird meinem Erleben nicht gerecht.

Zu den beiden ausgewählten „Symptomen“ wird jeweils gefragt, welche Gedanken und welche Gefühle mit ihnen einhergehen (vgl. Abb. 12). Aus der Gebrauchsanweisung der ‚My7steps App‘ weiß ich, dass ich die offenen Textfelder nicht dazu nutzen soll, „sensible persönliche Informationen preis zu geben“. In Verbindung mit Johanna Weber wachendem Auge, das meine Antworten jederzeit lesen kann, grübele ich lange und entscheide mich eher oberflächlich zu antworten. Die Trennung von Gedanken und Gefühlen wirkt widersprüchlich und künstlich und erschwert die Beantwortung der Fragen. Nach der erforderlichen Beantwortung erhalte ich eine Zusammenfassung, in der meine Angaben (über Dauer, Stärke, Gedanken und Gefühle) zu den

Abb. 11: Auswahl stärkster Symptome – Schritt 1

Abbildung 12: Gedanken und Gefühle zu Symptomen – Schritt 1

beiden „stärksten Symptomen“ gesammelt erscheinen – die Angaben zu den übrigen „Symptomen“ sind nicht enthalten.

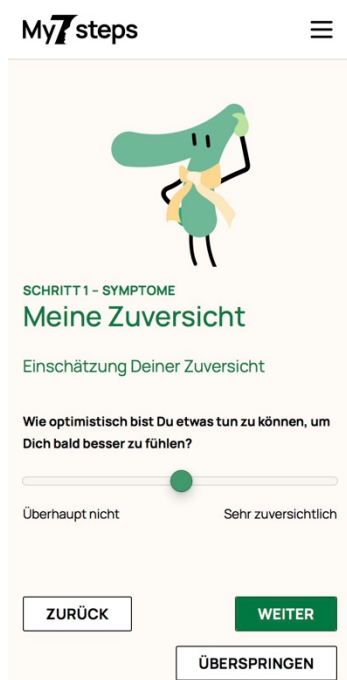
Die bisherige Befragung zielte auf eine Erfassung von Bewusstsein ab, die im Gegensatz zu einer freien Assoziation steht, bei der alles geäußert werden kann, was ins Bewusstsein dringt. Im Gegensatz zur psychodynamischen Behandlung, die mir angekündigt wurde, wird der therapeutische Prozess mehrfach simplifiziert. „Symptome“ werden schlicht abgefragt und sind der direkte, dem ‚Symptomträger‘ zugängliche Ausdruck eines Problems.

Am Ende der Zusammenfassung werde ich gefragt, ob meine Angaben „korrekt“ sind. Alles, was ich bisher eingegeben habe, wird mit dieser Frage in die dichotome Logik von richtigen und falschen Informationen überführt. Impliziert wird damit, dass nach dieser erneuten Überprüfung die Schuld bei mir liegt, sollte die Anwendung nicht funktionieren. Zudem wird die Wichtigkeit der gemachten Angaben durch diese doppelte Bestätigung über die Richtigkeit verstärkt. Sprache wird in ein Definitionskorsett geschnürt, welches wenig Bedeutungsraum lässt. Dichotom ist auch die Logik des Vorhandenseins oder Nicht-Vorhandenseins von „Symptomen“, die so ihrer Prozesshaftigkeit und zeitlichen Unterschiede beraubt werden.

Nachdem ich meine Angaben als „korrekt“ gespeichert habe, werde ich nach meiner Zuversicht gefragt: „Wie optimistisch bist Du etwas tun zu können, um Dich bald besser zu fühlen?“ (Abb. 13). Die Frage impliziert, dass es nicht die Erkenntnis ist, sondern das Handeln, das mir zur Besserung verhelfen wird. Nach einem verwirrenden ersten Schritt scheint es mir besonders schwer, diese Frage auf einer Skala zu beantworten, die mich nicht zur Sprache kommen lässt. Eine Figur, die eine „7“ zu verkörpern scheint, trägt einen Schal und fasst sich an den Kopf, was in mir die Assoziation des Nachdenkens aufkommen lässt.

Abschließend wird mir mitgeteilt, dass ich hiermit meine „Symptome definiert“ habe. Diese Wortwahl ist erstaunlich, da ich ja gerade nicht definieren durfte, sondern die vorgegebenen „Symptome“ und ihre *Definitionen* hinnehmen musste, um in der Anwendung fortzuschreiten. Ein für das Programm

überdimensional großer grüner Button, beschriftet mit „Weiter mit Schritt 2“ legt mir nahe, weiterzumachen und lässt den weißen Button „Zurück“ buchstäblich klein aussehen.



The screenshot shows the 'My7steps' app interface. At the top, there's a logo 'My7steps' and a hamburger menu icon. Below the logo is a cartoon character of a green bean with a yellow shirt and a black scarf, holding its head. The main heading is 'SCHITT 1 - SYMPTOME' followed by 'Meine Zuversicht'. Below that is the sub-heading 'Einschätzung Deiner Zuversicht'. The question is 'Wie optimistisch bist Du etwas tun zu können, um Dich bald besser zu fühlen?'. There is a horizontal slider with a green dot in the middle. The left end is labeled 'Überhaupt nicht' and the right end is labeled 'Sehr zuversichtlich'. At the bottom, there are three buttons: 'ZURÜCK' (white), 'WEITER' (green), and 'ÜBERSPRINGEN' (white).

Abb. 13: Zuversichtseinschätzung – Schritt 1

Schritt 2 – Stressoren

Der Beginn von Schritt 2 zeigt dieselbe Gestaltung und Formatierung, wie im ersten Schritt (die sich auch durch die übrigen Schritte hindurchziehen wird). Oben steht „Schritt 2 – Stressoren“, darunter ist in größerer Schrift „Psychosoziale Stressoren“ zu lesen. Es folgt ein Video, in welchem Beziehung und Bedürfnisse nach sozialer Zugehörigkeit zum „biologischen Erbe“ erklärt werden, die in Verbindung mit dem „Verstand“ zwangsläufig zu Vergleichen und Bewertungen führen. Die Sprache bleibt biologisch, determiniert und von einer objektiven Perspektive erklärend. Beziehungen werden im Kontext „erlernter Muster“ beschrieben, einer Logik aus der Verhaltenstherapie, welche auf Lernen und Verlernen als Mechanismen der menschlichen Entwicklung abstellt. Sie erscheinen folglich als mechanistische Ursache-Wirkungszusammenhänge und entbehren der subjektiven Erfahrung der zwischenmenschlichen Begegnung.

Die kleine obere Zeile „Schritt 2 – Stressoren“ unterstreicht die im Video(text) (vgl. Anhang) anklingende Ursache-Wirkungs-Logik, in welcher Stressoren den Symptomen vorgelagert und diese verursachend erscheinen. Eingeleitet wird meine Aufgabe wie folgt: „Wähle aus den folgenden Stressoren diejenigen aus, die Dir wichtig erscheinen, und versuche genau herauszufinden, wann sie in Dein Leben gekommen sind.“ Während die Anwendung an dieser Stelle wie gewohnt in Du-Form als nahbare Begleiterin auftritt, ändert sich die Ansprache bei den folgenden Fragen zu den Stressoren das erste Mal zur distanzierteren Sie-Form. Unter den unspezifisch formulierten „Stressoren“ steht jeweils eine Frage mit mehreren Antwortmöglichkeiten zum Antippen. Tippe ich eine Option an, ist die Frage „Seit wann?“ mit einer der vier Zeitangaben zu beantworten, die sich mit jenen aus Schritt 1 decken (vgl. Abb. 15). Auf diese nicht zu antworten, ist nicht möglich.

Die Formulierung der ersten *Frage zu Beziehungen* „Haben Sie Schwierigkeiten in einer oder mehreren der folgenden beziehungsbedingten Situationen?“ lässt mich stolpern. Angesprochen werden Situationen, die durch Beziehungen verursacht werden, die Antwortmöglichkeiten sind jedoch verschiedene Beziehungsverhältnisse (vgl. Abb. 14). Ich vermute, dass die Frage auf ‚belastende‘ Beziehungen abzielt, doch bin durch die unpassenden Antworten verwirrt. An den Antwortmöglichkeiten fällt zudem auf, dass sie einander nicht ausschließen. So stellt sich die Frage, ob sich die Intimität

„intime[r] Beziehungen“ auf eine rein körperliche bezieht oder inwiefern „Familie“ und

The screenshot shows the 'My7steps' app interface. At the top, the title 'SCHRIITT 2 - STRESSOREN' is displayed in green, followed by 'Beziehungen' in a larger green font. Below this, a question is posed: 'Haben Sie Schwierigkeiten in einer oder mehreren der folgenden beziehungsbedingten Situationen?'. A list of five options follows, each with an unchecked checkbox: 'Intime Beziehungen', 'Familie', 'Freunde', 'Autoritäten', and 'Arbeitskollegen'. At the bottom of the screen, there are two buttons: 'ZURÜCK' (Back) on the left and 'WEITER' (Next) on the right, both in white text on dark green backgrounds.

Abb. 14: Auswahl Stressoren – Schritt 2

„Freunde“ von diesen abzugrenzen sind. Beziehungen müssen durch das Beantworten der Frage in eine der Kategorien eingeordnet werden. Die Antwortmöglichkeiten entstammen einer normativen Sicht auf Beziehungsverhältnisse, die in Verbindung mit dem Arbeitskontext steht. Studienkolleg*innen, Personen aus Sportvereinen oder dem Chor müssen in eine der Kategorien gepresst werden, um eine relevante Information aus Perspektive der Anwendung darzustellen.

Auch die Antwortmöglichkeiten zur *Frage nach Verlust und Trauer* „Haben Sie in einer oder mehreren der folgenden Situationen einen Verlust erlebt?“ entstammen einer normativen Deutungssetzung: Verlust von Arbeit, Eigentum, Freunde, Familie. Das Antwortformat reflektiert keine Bedeutung der Beziehung, sondern lenkt meine Aufmerksamkeit auf die Differenzierung

meines Beziehungsverhältnisses. Zudem blenden die Antwortmöglichkeiten die Einbettung in einen sinnhaften Kontext aus. So kann ein altersbedingter Umzug aus dem Haus oder der Wohnung, in der man lange gelebt hat, und der mit Trauer verbunden ist, hier höchstens als Verlust von Eigentum entstellt werden.

Die übrigen Fragen sind ähnlich simplifizierend und teils fehlgestellt. So wird bei der *Frage zur Sexualität* nach „Situationen einer sexuellen Thematik“ gefragt, die Antwortmöglichkeiten, beschreiben jedoch keine konkreten Situationen, sondern abstrakte Thematiken. Zudem wirkt ihre Untereinanderstellung der Antwortmöglichkeiten (keine Freude, Homosexualität, sexueller Missbrauch, etc.) und die Tatsache, dass ich so direkt und plötzlich auf solch intime und eventuell belastende Erfahrungen in einem einfachen Auswahlformat befragt werde, irritierend auf mich. Vor dem Hintergrund, dass mir in der Anleitung zum Zwecke des Datenschutzes zur Vorsicht bei der Eingabe persönlicher Daten geraten wurde, ist diese Frage zudem kaum zu beantworten. Die übrigen Fragen beziehen sich auf die Themen *Selbstwertgefühl, Einsamkeit, Verhalten und traumatische Erfahrungen*, die hier nun aber nicht mehr ausgeführt werden.

In einer abschließenden Zusammenfassung werden die von mir angegebenen Stressoren, wenn ich sie in derselben zeitlichen Kategorie verortet habe, den beiden Hauptsymptomen aus Schritt 1 zugeordnet: „Dieses Symptom steht in einem zeitlichen Zusammenhang mit den Stressoren“. Daraus wird gefolgert: „Daher kann ein ursächlicher Zusammenhang zwischen diesem Symptom und den Stressoren vermutet werden.“ Zuerst ist mir die Darstellung in ihrer Abstraktheit unverständlich. Unter „Sorgen“ steht bspw. „Beziehungen – Familie“. Das

My7steps

SCHRITT 2 - STRESSOREN
Beziehungen

Haben Sie Schwierigkeiten in einer oder mehreren der folgenden beziehungsbedingten Situationen?

☐ intime Beziehungen
☐ Familie
☒ Freunde

Seit wann?

☐ Seit kurzer Zeit
☒ 6 - 12 Monate
☐ 1 - 3 Jahre
☐ 3 - 5 Jahre

☐ Autoritäten
☐ Arbeitskollegen

ZURÜCK WEITER

Abb. 15: Zeitangabe Stressoren – Schritt 2

bedeutet, dass ich bei der angekreuzten Antwortmöglichkeit „Familie“ des Stressors „Beziehungen“ die gleiche Zeitangabe bezüglich des Auftretens angegeben habe, wie bei dem Hauptsymptom „Sorgen“. Daraus wird gefolgert, dass der Stressor Familie (Beziehungen) in einem ursächlichen Verhältnis mit den Sorgen steht.

Das digitale Gestell lässt nur diese seltsam abstrakte, scheinbar automatisch generierte Übersicht zu, welche Gesundheit und Krankheit gemäß eines naturwissenschaftlichen Variablen- und Faktorendenkens konstruiert. Dieses Verständnis ist aber von offensichtlichen Fehlschlüssen und Verstößen gegen die empirische bzw. naturwissenschaftliche Forschungslogik durchdrungen. An dieser Stelle wird aus einer groben zeitlichen Korrelation ein ursächlicher Zusammenhang suggeriert. Darüber hinaus definiert die Anwendung vorab, was Symptom und was Stressor ist. Stressoren werden, sofern sie in derselben der vier groben – bis zu zwei Jahre (!) überspannenden – Zeitkategorien als zutreffend angegeben wurden, unmittelbar in ursächlichem Zusammenhang mit den Symptomen gebracht. Wenngleich die Richtung des Effekts nicht expliziert wird, deutet sich vor dem Hintergrund des Symptombegriffs (als Ausdruck einer Krankheit) an, dass Stressoren die Ursache für Symptome darstellen. Erhöhen Stressoren in der angesprochenen korrelativen Logik einiger klinischer Modelle – zum Beispiel das Integrative Entstehungs- und Aufrechterhaltungsmodell (Berkling & Rief, 2012, S. 20-21), welches das bio-psycho-soziale Modell mit dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell verbindet – die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Symptomen bzw. Störungsbildern, sieht die Anwendung einen ursächlichen Zusammenhang vor. Jegliche Komplexität geht in dieser Gleichung verloren, eigene Relevanz- und Bedeutungssetzungen bleiben der*dem Nutzer*in verwehrt.

Am Ende der Zusammenfassung werde ich – nun wieder in Du-Form – gefragt, ob ich zustimme. Wenn ich „Ja“ antworte, komme ich weiter, antworte ich „Ich bin mir nicht sicher“, werde ich gefragt, ob ich meine Symptome überarbeiten möchte. Eine „Nein“-Antwort ist nicht möglich. Möchte ich die Anwendung weitenutzen, muss ich die abstrakte kausale Logik also hinnehmen. Sollte ich den Kausalzusammenhängen nicht zustimmen, wird ein Fehler meinerseits impliziert.

Anschließend werde ich gefragt, ob es Personen gibt, „die im Zusammenhang mit diesem Stressor“ stehen, worauf ich mit „Ja“ oder „Nein“ antworten kann. Ich bin an dieser Stelle verwundert, ob hier ein Fehler vorliegt, da kein Stressor genannt wird. Kreuze ich „Ja“ an, werde ich zu einem „Perspektivwechsel“ aufgefordert und muss in einem freien Textfeld „die Situation“ aus Sichtweise dieser Person beschreiben. Da ich weder weiß, von welchem Stressor noch von welcher Situation die Rede ist, kreuze ich „Nein“ an.

Anschließend werden meine *Ressourcen* abgefragt (vgl. Abb. 16). Mit dem Ressourcenbegriff bekommt der negativ besetzte Stressorenbegriff ein positives Gegenüber. Dass sowohl eine Vielzahl an Stressoren als auch Ressourcen abgefragt werden und nur die Möglichkeit des Vorliegens und Nicht-Vorliegens besteht, unterstreicht einmal mehr die abstrakte simplifizierende Logik der Anwendung. Wieder handelt es sich um voneinander getrennte Kategorien, die entweder nicht gegeben sind oder scheinbar gleichwertig mit allen anderen angekreuzten Möglichkeiten vorliegen, ohne dass die Bedeutung oder Funktion dieser Auswahl an Ressourcen beleuchtet wird, die diese in meinem Leben haben. Unreflektiert bleibt auch, dass die aufgezählten Eigenschaften auch durchaus situativ problematisch sein können (Sportsucht, Sektenmitgliedschaft, übersteigertes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, Lachen im falschen Moment, etc.). Die Auswahl ist begrenzt und beinhaltet gesellschaftlich positiv bewertete

Interessen (wie Poesie, Musik und Kunst) und Eigenschaften, wohingegen beispielsweise politischer Aktivismus, der kontrovers bewertet wird, aber ebenfalls eine Ressource darstellen kann, keinen Eingang in die Liste findet. Die zeitlichen Aspekte werden nicht abgefragt, wie es bei den Symptomen und Stressoren der Fall war, sodass die Ressourcen nicht in die *Stressoren-Symptom-Gleichung* eingebaut werden. Dass sich die Kategorien stark überschneiden, wirkt fast nebensächlich; so kann man noch mehr ankreuzen und sich besser fühlen.

Es folgt eine zweite Zusammenfassung mit den „Stressoren“ und Zeitangaben, die ich ausgewählt habe, sowie meinen „Ressourcen“. Schließlich werde ich gefragt, ob meine Eingaben korrekt sind. Hier kann ich erneut nur bestätigen oder „Ich bin mir nicht sicher“ ankreuzen. Ein „Nein“ gibt es nicht. Somit habe ich den Schritt geschafft und es erscheint der Satz: „Nachdem du nun deine Stressoren definiert hast, kann es mit dem nächsten Schritt weitergehen.“ Auch hier wird wieder von den durch mich definierten Stressoren gesprochen, obwohl ich selbst keine Möglichkeit hatte, etwas zu definieren. Die Ankündigung, dass es im nächsten Schritt um die Gefühle gehen wird, „die dein Wohlbefinden beeinflussen“, verbleibt in der Logik von Kausalzusammenhängen, in der „Wohlbefinden“ die Folge von Gefühlen ist, ohne selbst eines zu sein.

My7steps

SCHRIFFT 2 - STRESSOREN
Deine Ressourcen

Welchen der folgenden Aussagen über Dich selbst würdest Du zustimmen?

- ☐ Ich habe gute Freunde
- ☐ Ich habe ein gutes soziales Netzwerk
- ☐ Ich bin gut in meine Familie integriert
- ☐ Ich bin gerne in der Natur
- ☐ Ich lese gerne
- ☐ Ich mag Poesie
- ☐ Ich mag Musik
- ☐ Ich mag Kunst
- ☐ Ich bin sportlich aktiv
- ☐ Ich bin ein religiöser oder spiritueller Mensch
- ☐ Ich lache gerne
- ☐ Ich vertraue darauf, daß ich schwierige Situationen bewältigen kann
- ☐ Ich habe Phantasie und bin kreativ

ZURÜCK WEITER

Abb. 16: Auswahl Ressourcen – Schritt 2

Schritt 3 – Gefühle

Die größere Überschrift „Dominantes Grundgefühl“ widerspricht dem Namen des Schrittes, der noch auf eine Mehrzahl von Gefühlen hindeutet. Im Video(text) (vgl. Anhang) erfahre ich, dass ich nun jenes Gefühl identifizieren werde, das mich in meinem „Alltag am meisten behindert oder stört“. War in Schritt 1 noch die Rede davon, etwas in meinem Leben zu verändern, ist der Alltag nun Ausgangspunkt und Zielvorstellung. Das deutet mir an, dass ich durch die Behebung dieses Gefühls, das nun nicht mehr Impuls für Veränderung ist, sondern Störfaktor, meinem Alltag besser nachgehen kann. Nun ist dieses Gefühl zu „erkennen“ und zu „beschreiben“, womit Modi der Distanzierung bezeichnet sind, wie dies in Bezug auf einen Störfaktor nur konsequent ist. Das dominante Grundgefühl zu identifizieren bedeutet hier also gerade nicht Identifikation damit, sondern Distanzierung. Dafür dient eine vierminütige Audioübung, die mir als „Entspannungs- und Erkundungsreise“ angekündigt wird.

In dieser werde ich zu Beginn aufgefordert, ruhig zu atmen und meinen Körper und meine Atmung zu spüren, bevor ich gefragt werde: „Welche Situationen, Bilder, Gedanken, Gefühle, die dich in der letzten Zeit häufig beschäftigt haben [sic!] tauchen auf?“ Kurz darauf werde ich gebeten, nur noch auf „das Gefühl“ zu achten, es weiterziehen zu lassen und nach weiteren 20 Sekunden dreht es sich bloß um dieses sogenannte „Grundgefühl“. Dieses gilt es zu benennen und diesen Namen so lange auf Stimmigkeit zu überprüfen, bis er passt. Die Übung vergeht so schnell, dass ich mich kurzerhand entscheide, meinem „Gefühl“ den Namen *Unsicherheit* zu geben.

Als nächstes bekomme ich folgende Aufgabe: „Wir zeigen Dir jetzt eine Auswahl von Gefühlen, bitte kreuze das Gefühl an, das du bei der Übung gerade gefunden hast. Wenn es nicht auf der Liste steht, dann wähle das Gefühl aus, das deinem Gefühl am nächsten kommt.“ Meine *Unsicherheit*, die mir an dieser Stelle bereits nicht mehr so passend erscheint, steht nicht auf der Liste (Abb. 17). Keine der vorgegebenen Antworten scheint mir passend. Ich fühle mich eingeeengt und genervt und entscheide mich schließlich etwas trotzig für „Ich ärgere mich“, die jedoch eine ganz andere Qualität als *Unsicherheit* hat. Nachdem die Antwortmöglichkeit durch das Antippen ausgewählt ist, erscheint sie mir plausibel, denn ich bin in meinem Alltag tatsächlich öfter verärgert. Nach dem Antippen des „Weiter“-Buttons werde ich aufgefordert, meine Eingaben zu prüfen: „Sind deine Eingaben korrekt?“ (vgl. Abb. 18). Das kann

My7steps

SCHRIITT 3 – GEFÜHLE

Dominantes Grundgefühl auswählen

Dominantes Grundgefühl auswählen

- ☐ Ich ärgere mich
- ☐ Ich habe Angst
- ☐ Ich fühle mich hilflos und ohnmächtig
- ☐ Ich schäme mich
- ☐ Ich fühle mich schuldig
- ☐ Ich habe ein geringes Selbstwertgefühl
- ☐ Ich fühle mich überfordert
- ☐ Ich fühle mich nicht wohl mit mir selbst in der Corona-Situation.

ZURÜCK WEITER

Abb. 17: Auswahl dominantes Grundgefühl – Schritt 3

ich bestätigen oder mit „Ich bin mir nicht sicher“ beantworten, was dazu führt, dass ich aus denselben „Grundgefühlen“ erneut eines auswählen muss, um fortzufahren. Wieder suggeriert mir die Antwort, dass ich etwas *eingeben* bzw. *mehrere* Antwortmöglichkeiten auswählen durfte, was nicht der Fall war. Die erneute Bestätigung deutet auf die Annahme eines eindeutigen Ist-Zustands hin, weswegen die Angabe korrekt sein muss, um im Sinne der Anwendung erfolgreich fortzufahren. Eine dynamische Gefühlslage ist im digitalen Gestell nicht vorgesehen.

Auf die zweite Frage nach meiner „Zuversicht“ folgt eine Empfehlung für ein Gespräch mit einem*r menschlichen Counselor*in von My7steps (Talk), das kein Teil der DiGA ist und laut Unternehmenswebsite 109€ für eine 45-minütige Sitzung kostet. Das Gespräch wird mit dem Zweck beworben, meinen Fortschritt – innerhalb der ‚My7steps App‘ – zu besprechen und wertvolle Hinweise für die nächsten Schritte zu geben. Es verbleibt demnach in der Rahmung der sieben Schritte und dient als Unterstützung der Nutzung der Anwendung. Dass ich eine „persönliche“ Counselor:in habe, ist mir zu diesem Zeitpunkt nicht bewusst, lässt jedoch die Vermutung aufkommen, dass es sich um Johanna Weber handelt, deren Namen ich bereits auf dem Homebildschirm gelesen habe. Es besteht eine augenscheinliche Diskrepanz zwischen dem selbstproklamierten Anspruch der evidenzbasierten Wirksamkeit der DiGA und der Empfehlung eines darüberhinausgehenden Angebots, das die Anwendung komplementieren soll.

Abb. 18: Bestätigung dominantes Grundgefühl – Schritt 3

Einen Blick auf den Homebildschirm

Auf dem Homebildschirm steht nun in einer Box:

„Du befindest Dich in Schritt 4 Deiner Behandlung! Mach weiter.“

Johanna Weber [Name pseudonymisiert] freut sich über Deine Fortschritte und meldet sich direkt bei Dir via E-Mail oder Telefon, wenn etwas nicht so gut läuft!“

Die Nutzung der Anwendung wird an dieser Stelle das erste Mal als „Behandlung“ bezeichnet, einem Begriff, den ich sonst aus dem ärztlichen oder psychotherapeutischen Kontext kenne und den My7steps bisher nicht eingebracht hat. Johanna Weber – die ich langsam als meine

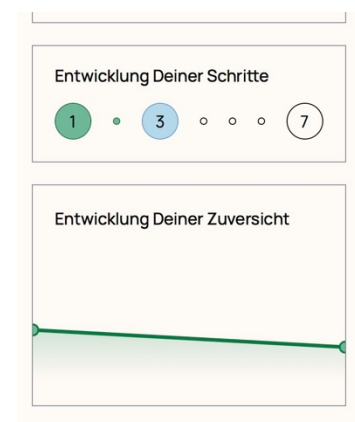


Abbildung 19: Entwicklung der Zuversicht

Counselorin begreife, ohne einen jeglichen Kontakt zu ihr zu haben – erscheint in einem seltsamen Nähe-/Distanzverhältnis. Ohne mich persönlich zu kennen, wird mir ihre Freude über meine „Fortschritte“ mitgeteilt, die mir bis hierhin selbst nicht bewusst sind. Ich schließe, dass mit „Fortschritt“ das Fortschreiten innerhalb der Schritte gemeint ist. Der letzte Teilsatz verfestigt meinen Eindruck, kontrolliert zu werden, ohne zu wissen, wie ich kontrolliert werde. Schließlich weiß ich nicht, wie Johanna Weber anhand meiner Eingaben oder Nutzung erkennen kann, dass „etwas nicht so gut läuft“.

In der Box „Entwicklung meiner Zuversicht“ (Abb. 19) ist nun eine Linie mit zwei Punkten links und rechts zu erkennen, die mir den Trend meiner Zuversicht andeutet. Nachdem ich bisher zwei Mal gefragt wurde und zwei Mal geantwortet habe, verläuft die Linie als eine Gerade.

Schritt 4 – Hauptbeschwerden

Im Video(text) (vgl. Anhang) wird mir erneut suggeriert, dass ich meinem „Alltag“ nicht so nachgehen kann wie ich es „gewohnt“ bin, was auf einen Normalzustand hindeutet, den es wiederzuerlangen gilt, wobei ungefragt bleibt, ob dies mein Wunsch ist. Geschweige denn, dass mir dieser Wunsch bewusst wäre. Nachdem ich in Schritt 3 ein dominantes Grundgefühl zu bestimmen hatte, werde ich nun aufgefordert, einen Satz zu finden, der beschreibt, was mich am meisten „stört“ und da dies „nicht einfach“ sei, werden mir Vorschläge gemacht. Es wirkt, als bräuchte es für die Enge des digitalen Gestells eine Begründung. Deutete der Name des Schrittes noch auf mehrere Beschwerden hin, ist die folgende Aufgabe mit „Hauptbeschwerde“ betitelt und lässt nur die Auswahl einer von fünf Antwortmöglichkeiten zu. Aus dem dominanten Grundgefühl wird nun eine Hauptbeschwerde, die sich sprachlich für eine Behandlung eignet. Die Möglichkeiten haben gemein, dass die Beschwerden allesamt auf mich bezogen sind, sogar von mir ausgehen. Sie fangen alle mit „Ich“ bzw. „Mir“ an und deuten in ihrer Formulierung darauf hin, dass das Problem in mir liegt: „Ich kann mich mit meiner Meinung nicht durchsetzen“ (Abb. 20) statt beispielsweise „Meine Meinung wird nicht gehört“. Die Verortung der „Beschwerde“ ist

My7steps

SCHRIITT 4 - HAUPTBESCHWERDEN
Hauptbeschwerde

Hauptbeschwerde auswählen

- ☐ Ich kann mich mit meiner Meinung nicht durchsetzen
- ☐ Ich kann mich mit meinen Anliegen nicht verständlich machen, weil ich zu rasch ärgerlich werde.
- ☐ Ich rege mich auf, wenn nicht alles so geht, wie ich es erwarte und verlange.
- ☐ Mir geht alles zu langsam
- ☐ Ich kann meinen eigenen Erwartungen nicht genügen

ZURÜCK WEITER

Abb. 20: Auswahl Hauptbeschwerde – Schritt 4

My7steps

SCHRIITT 4 - HAUPTBESCHWERDEN
Zusammenfassung

Bitte überprüfe Deine Eingaben

Hauptbeschwerde

Ich rege mich auf, wenn nicht alles so geht, wie ich es erwarte und verlange.

Sind Deine Eingaben korrekt?

- ☐ Bestätigen und Weiter
- ☐ Ändern

ZURÜCK WEITER

Abb. 21: Bestätigung Hauptbeschwerde – Schritt 4

mit der Auswahl einer Antwortmöglichkeit schon von vorneherein im Individuum begründet, das diese auszuwählen hat, um fortzufahren. Es fehlt auch jegliche Kontextualisierung. Das, was mich zur Anwendung gebracht hat, wird nicht in seiner Komplexität verstanden, sondern es wird vorabdefiniert und zu etwas Verdinglichtem verformt. Wie gewohnt, werde ich nach der Auswahl gefragt, ob meine Eingaben korrekt sind (vgl. Abb. 21). Nachdem ich die Auswahl „Ich rege mich auf, wenn nicht alles so geht, wie ich es erwarte und verlange“ bestätigt habe, wird der Schritt mit dem Satz „Nachdem du nun deine Hauptbeschwerden beschrieben hast...“ beendet, der eine Beschreibung mehrerer Beschwerden andeutet, was meinem Handlungsspielraum nicht entspricht.

Schritt 5 – Lösungen

Der knappe Videotext (vgl. Anhang) kündigt mir an, „Jetzt wirds spannend!!!“. Im gleichen Modus wie in den Schritten 3 und 4, wird aus der Mehrzahl „Lösungen“ im Namen des Schrittes eine „Lösung“, die ich aus drei vorab definierten Antwortmöglichkeiten auswählen darf. Die „Lösungen“ sind erkennbar auf die von mir ausgewählte „Hauptbeschwerde“ zugeschnitten und haben gemein, dass sie wieder alle von mir ausgehen. Sie starten mit „Ich“, worauf ein Verb im Präsens folgt, wodurch der Eindruck erweckt wird, dass ich die Lösungen bereits *anwenden* würde. Die „Lösungen“ (vgl. Abb. 22) blenden alles, was sich außerhalb von mir abspielt aus, ignorieren den Kontext und können als abstrakte Beschreibungen von Selbstregulation eigener Gefühle und eigenen Handelns bezeichnet werden. Nach meiner Auswahl werde ich wieder gefragt, ob meine „Eingaben“ korrekt sind (vgl. Abb. 23). Nach einer dritten Befragung bezüglich meiner Zuversicht wird mir erneut empfohlen, ein Gespräch mit meiner persönlichen Counselor:in zu vereinbaren.

Schritt 6 – Lösungswege

Wie gewohnt, wird aus dem Plural im Namen des Schrittes („Lösungswege“) der Singular in der Überschrift (Weg zur Lösung). In diesem vorletzten Schritt werde ich aufgefordert, die gewählte „Lösung“ innerhalb von zwei Wochen in die Tat umzusetzen und mir dafür

My7steps

SCHRITT 5 - LÖSUNGEN
Deine Lösung

Lösung auswählen

☐ Ich gebe anderen mehr Zeit und Raum und entwickle Geduld

☐ Ich kann Zugeständnisse machen und ruhig bleiben

☐ Ich kann meinen Ärger im Zaum halten

ZURÜCK WEITER

Abb. 22: Auswahl Lösung – Schritt 5

My7steps

SCHRITT 5 - LÖSUNGEN
Zusammenfassung

Bitte überprüfe Deine Eingaben

Lösungen für die Hauptbeschwerde

Ich gebe anderen mehr Zeit und Raum und entwickle Geduld

Sind Deine Eingaben korrekt?

☐ Bestätigen und Weiter

☐ Ändern

ZURÜCK WEITER

Abb. 23: Bestätigung Lösung – Schritt 5

„ausreichend“ Zeit zu nehmen (vgl. Videotext Anhang). Anschließend wird mir erneut das Counselingangebot nahegelegt (vgl. Abb. 24). Dieses Angebot anzunehmen, liegt nahe, denn die vorgeschlagene Lösung scheint mir begrenzt, nicht elaboriert genug und ich kann mit ihr – vor dem Hintergrund der ausgewählten Beschwerde – nicht allein gelassen werden.

In der Anwendung sind in diesem Schritt fünf Fragen in Textform zu beantworten, um die Aufgabe abzuschließen und zum letzten Schritt zu gelangen (vgl. Abb. 24). Zu jeder der Fragen lassen sich mehrere Einträge verfassen, die mit Datum und Zeit versehen werden. Verfasse ich einen Eintrag, kann ich die jeweilige „Aufgabe fertigstellen“. Zusätzlich besteht die Möglichkeit, eigene Aufgaben zu erstellen und diese zu beantworten. Die ersten drei Fragen beziehen sich auf meine Gefühle und die Reaktionen anderer, wenn ich die „Lösung“ anwende. Die vierte Frage fordert mich auf, über Vorteile der Lösung nachzudenken. Frage fünf fordert mich zur Perspektivübernahme auf. Die Fragen regen zur Selbstreflexion an und zielen auf eine Veränderung meines Verhaltens ab. Indem der Fokus auf mich und mein Verhalten gesetzt wird, wird impliziert, dass ich mich zurücknehmen und rücksichtsvoll sein soll. Außen vor bleibt einmal mehr alles, was außerhalb von mir als Subjekt liegt.

Nachdem ich die fünf Aufgaben fertiggestellt habe, erfahre ich: „Du hast nun alle Deine Aufgaben erledigt und Deinen individuellen Weg zur Lösung beschritten.“ Nun scheine ich bei der Lösung angelangt zu sein, deren Umsetzung die Fragen bereits vorausgesetzt haben. Nach dem Schritt werde ich zum vierten Mal nach meiner Zuversicht gefragt.

Schritt 7 – Reflexion

Im Video(text) (vgl. Anhang) des letzten Schrittes werde ich aufgefordert, meinen „Prozess der letzten Wochen etwas genauer anzuschauen“ und zu reflektieren, welche Gefühle mich begleitet haben und welche Einsichten ich hatte. Hierzu werden mir mehrere Fragen nacheinander gestellt, die ich in Textform beantworten muss, um fortzufahren:

1. „Beschreibe Deine guten Momente und Erkenntnisse der letzten Wochen.“
2. „Welcher Gedanke, welches Gefühl war dabei wichtig?“

Abb. 24: Aufgaben – Schritt 6

3. „Welche persönlichen Ressourcen, Strategien und Stärken hast du in diesem Prozess entdeckt?“
4. „Wie möchtest Du sie in der Zukunft wiederverwenden oder weiter in deinen Alltag integrieren?“
5. „Hast Du das Gefühl mehr Einfluss auf Dein Leben nehmen zu können? Warum?“
6. „Versuche dein jetziges Gefühl von „in der Welt sein“ in einem Satz zu beschreiben:“
7. „Was ist dir für dein zukünftiges Leben besonders wichtig?“
8. „Welche Werte, Ziele oder Verhaltensweisen willst du unbedingt beibehalten/stärken?“

Fast alle Reflexionsfragen haben gemein, dass sie eine im Sinne der Anwendung positive Entwicklung voraussetzen. Diese soll ich entweder beschreiben (1) oder darlegen, wie ich die positiven Entwicklungen fortsetzen möchte (3, 4, 8). Wurden mir meine Symptome zu Beginn des Programms noch als Impulse für eine Veränderung vorgestellt, bezwecken diese Fragen Anpassung und Selbstregulation. Die Frage (3) nach Ressourcen und Strategien zielt darauf ab, Selbsttechnologien zu identifizieren, die ich anwenden kann, um meine ‚Gesundheitsziele‘ zu erreichen. Die Frage (5) nach Einfluss spielt auf die Entwicklung von Selbstkontrolle und Verantwortung an. Die Frage (8) nach den Werten, Zielen und Verhaltensweisen zielt auf Selbstdisziplinierung hin, die mich zur Anpassung an soziale Normen anruft. Letztlich bezwecken die Fragen eine Anpassung und Verbesserung meines Verhaltens und verbinden diese mit Freiheit und Kontrolle, obwohl gerade die Engführung der Aufgaben und Antwortmöglichkeiten des Programms das Gegenteil so deutlich zeigte und ein Gefühl der Enge in mir auslöste. Vielmehr werde ich aufgefordert, Normen zu internalisieren und Verantwortung zu übernehmen.

Im Anschluss an die Beantwortung der Fragen kann ich meine Antworten in einem „Reflexionsjournal“ herunterladen und zum letzten Teilschritt, der Neubewertung der Ausprägung der beiden ausgewählten Hauptsymptome übergehen. Dass diese abgefragt werden, nachdem ich die positiven Entwicklungen reflektieren sollte, führt wohl zu einer positiveren Bewertung der Symptome. Diese werden nun auf derselben Skala wie im ersten Schritt mit einem Schieberegler bewertet. Es besteht die Möglichkeit, die in Schritt 1 angegebene Stärke einzublenden, was einen direkten Vergleich ermöglicht (und eine bessere Bewertung wohl nicht unwahrscheinlicher macht). Anschließend wird mir der „Verlauf“, also die Ausprägungen vor Schritt 1 und am Ende von Schritt 7 angezeigt, den ich

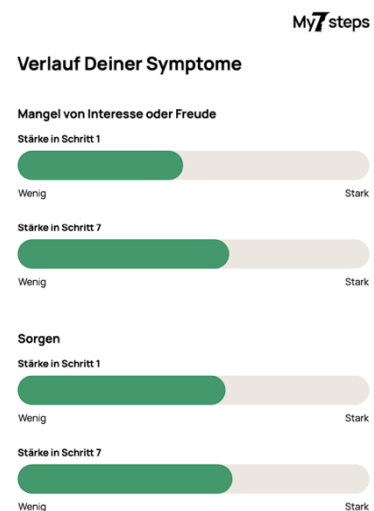


Abb. 25: Symptomentwicklung – Schritt 7

ebenfalls herunterladen kann (Abb. 25). Wenngleich die Funktion der Neubewertung nicht beschrieben wird, lässt sie sich unschwer als Indikator für den Erfolg des Programms erkennen. In einem Abschlussvideo werde ich an Impulse, Erkenntnisse, Ressourcen und Strategien erinnert, die mir künftig helfen sollen, und es wird die Hoffnung ausgedrückt, dass ich nun mehr Vertrauen in mich habe, da dieses den „eigentliche[n] Motor [darstellt], der uns allen die stetige Kraft gibt, mit jeder Krise umzugehen zu können. Und sehr oft sind es gerade diese herausfordernden Momente des Lebens, die uns zeigen, was wirklich wichtig für uns ist und uns dazu antreiben, über uns hinaus zu wachsen.“ Schließlich werde ich um ein Feedback gebeten und auf weitere Angebote von My7steps aufmerksam gemacht.

Ausstieg

Nach dem Abschluss des Programms werde ich auf dem Homebildschirm beglückwünscht. Alle meine Eingaben können nach dem Abschluss in Zusammenfassungen angesehen, aber nicht mehr verändert werden. Eine erneute Bearbeitung ist nicht möglich. Dies unterstreicht einmal mehr die Linearität des Programms. Es ist kein dynamischer Prozess mit offenem Ausgang vorgesehen, sondern ein gradliniger, in welchem einmal getätigte Aussagen in Stein gemeißelt bleiben. Ich bin hiermit fertig und habe keine Handlungsmöglichkeiten mehr. Dies lässt sich vor dem Hintergrund des Geschäftsmodells damit begreifen, dass die *My7steps GmbH* nicht darauf abzielt, mich in einem Abonnement an sich zu binden, um monatliche Zahlungen zu generieren, sondern durch die Refundierung eine einmalige festgelegte Summe von der Krankenkasse erhält. Und das, zum jetzigen Stand, ohne dass ich das Programm vollständig absolviert haben muss, was einen Kritikpunkt an der derzeitigen Situation mit DiGAs darstellt, der konträr diskutiert wird.²¹

Eine Möglichkeit zur Löschung meiner Daten findet sich innerhalb der Anwendung nicht. In der Datenschutzerklärung heißt es: „Ihre bei uns gespeicherten Daten werden nur so lange gespeichert, wie sie zur Vertragserfüllung benötigt werden. Danach löschen wir die Daten unverzüglich.“ Da die Anwendung laut Gebrauchsanweisungen für bis zu drei Monate empfohlen wird, ist davon auszugehen, dass die Daten danach gelöscht werden. Allerdings wird dies nicht konkret angekündigt und ist für mich nicht kontrollierbar. Die „Adress-, Zahlungs- und Bestelldaten [werden dagegen] für die Dauer von zehn Jahren“ gespeichert.

²¹ <https://www.aerzteblatt.de/archiv/234338/Digitalisierung-Debatte-um-Update-fuer-Digitale-Gesundheitsanwendungen>

5.3 Strukturen

Im Folgenden fasse ich die Ergebnisse der Analyse zusammen. Zuerst lässt sich festhalten, dass mein Interesse, eine Anwendung mit psychodynamischer Methodik zu untersuchen und damit Differenzen in Hinblick auf die Strukturmerkmale und die herausgearbeitete Subjektivierungsform zu finden, ins Leere gelaufen ist. Die Anwendung ließ von Beginn an keine Bezüge zu einer psychodynamischen Behandlung erkennen. Auffallend waren dagegen die enorme Geschwindigkeit, mit welcher ich das Programm nach Vorgabe durchlaufen habe und mein unheimlich enger Handlungsspielraum. Diese beiden Tatsachen, die einer psychodynamischen Behandlung grundsätzlich widersprechen, führten dazu, dass ich mich besonders intensiv mit der Unternehmensgeschichte und dem Geschäftsmodell beschäftigt habe, um die DiGA in ihrem ökonomischen Kontext zu verstehen. Vor dem Hintergrund meiner Forschungsfragen und dem methodischen Fokus fielen in der Analyse Strukturen auf, die ich nachfolgend darstelle.

Die Anrufung an ein starkes Subjekt

Die Anwendung adressiert mich als Subjekt, das sich durch die Bearbeitung des Programms und seiner Aufgaben selbst bemächtigt und das beginnt, Verantwortung für die eigenen Beschwerden zu übernehmen. Der Artikulations- und Handlungsspielraum in diesem Prozess ist minimal, schließlich handelt es sich fast ausschließlich um vorgegebene Antwortmöglichkeiten, die meinen Fortschritt in der Anwendung bestimmen. Die seltene Möglichkeit zur Produktion von offenen Antworten ist, wenn man den Gebrauchsanweisungen Folge leistet, vorab auf unpersönliche, abstrakte Informationen beschränkt, deren Bedeutung für den Prozess fraglich bleibt. Trotz dieser engen Handlungsmöglichkeiten wird ein größerer Handlungsspielraum impliziert, wenn mir mitgeteilt wird, dass ich Symptome „definiert“, Hauptbeschwerden „beschrieben“ und einen Lösungsweg „beschritten“ habe, wenngleich ich nur eine vorgegebene Antwortmöglichkeit ausgewählt habe. Dieselbe Wirkung erzielen Pluralformen in den Überschriften der Anwendung („Gefühle“, „Lösungen“ etc.), die durch die darauffolgende Auswahl *eines* Gefühls, *einer* Lösung etc. gleich wieder negiert werden. Diese Anrufung an ein starkes Subjekt, das individuell handelt und bewusste Entscheidungen trifft – und insofern vor dem Hintergrund seiner Durchflossenheit von der gesellschaftlichen Situation, ihrer ökonomischen Zwänge und sozialen Normen immer schon illusorisch ist – wird auf diese Weise bereits semantisch unterlaufen.

Eine wesentliche Funktion, die gleichzeitig einen Widerspruch zur Anrufung eines starken Subjekts darstellt, kommt in ‚My7steps App‘ der Counselorin zu, die dem*der Nutzer*in

zugeordnet ist. Der einseitige Kontakt – bestehend aus Nachrichten, die ich von ihr erhalte, ohne die Möglichkeit, reagieren zu können – zielt explizit darauf ab, mich zum Beginnen und Weitermachen zu motivieren. Die Mitteilung, dass sich die Counselorin meldet, falls es „nicht so gut läuft“, deutet eine Überwachung meiner Eingaben an, die – weil sie im digitalen Gestell unsichtbar bleibt und keine Spuren hinterlässt – letztlich zur Selbstüberwachung und Anpassung des Nutzungsverhaltens führt. Mit Jürgen Link lässt sich an dieser Stelle der Normalismusbegriff anführen. Die Angst der Subjekte vor der Abweichung von Normalität führt zur Anpassung ihres Handelns an das, was ihnen als normal erscheint (Jäger, 2015, S. 54). Wer im Rahmen der Anwendung von den Vorgaben (Normalität) abweicht, anders denkt oder handelt, bei dem ‚läuft es nicht so gut‘.

Begreift die Anwendung Symptome anfangs als Impulse für Veränderung, wird in späteren Schritten deutlich, dass ihr Ziel in der Wiedererlangung der Alltagsfunktionalität besteht. Anders ausgedrückt könnte man von einer Rückführung oder Wiedereingliederung in das ‚normale‘ alltägliche Leben sprechen, das im Hintergrund wohl vor allem als Arbeitsleben gedacht wird. Symptome wirken in der Folge als Sand im Getriebe und nicht als Impuls für eine größere (Lebens-)Veränderung. Nicht zuletzt lässt sich dieses Argument durch die auf der Website gepriesene Wirksamkeit der VBC®-Methodik unterstreichen, die neben der Reduktion der depressiven Symptomatik eine Verbesserung der Alltagsfunktionalität und Resilienz bestätigen soll.

Einen weiteren Verweis auf das normative Selbstverständnis der Anwendung stellen die Ressourcen und Probleme dar, die ausgewählt werden können. Sie deuten an, welche Probleme ‚normal‘ sind (z. B. Verlust von Partner oder Eigentum) und dadurch als relevant gelten können und im Umkehrschluss, welche dies nicht sind. Aber auch auf der Seite der Selbstregulation gibt es offenbar Normales und weniger Normales. So deuten beispielsweise Poesie, Musik und Kunst auf höhere kulturelle Ausdrucksformen hin, die zur individuellen Selbstregulation beitragen können. Dagegen besteht keine Möglichkeit, kollektive politische Praktiken wie Demonstrieren, Aktivismus oder auch ehrenamtliche Tätigkeiten und Nachbarschaftshilfe auszuwählen, welche auf strukturelle Ursachen von Leid verweisen könnten.

Digitale Gesundheitsanwendungen als Geschäftsmodell

Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen sind Unternehmen, die sich als marktwirtschaftliche Akteure im Wettbewerb miteinander befinden. Vor diesem Hintergrund lässt sich das herausgearbeitete Geschäftsmodell und Wachstumsbestreben der *My7steps GmbH* verstehen. Eine DiGA stellt in diesem Kontext ein Produkt dar, das nach erfolgreicher

Zulassung profitable Refundierungen von Krankenkassen ermöglicht. Da in ‚My7steps App‘ kein direkter Kontakt mit Mitarbeiter*innen vorgesehen ist, um das Programm zu durchlaufen, benötigt es vergleichsweise geringe menschliche Ressourcen, die im psychotherapeutischen und psychosozialen Bereich einen großen Kostenfaktor darstellen. Die DiGA erfüllt darüber hinaus die Funktion einer Werbefläche für die teuren Counselingseinheiten, welche wohlgerne keine anerkannte Psychotherapie darstellen. Diese können strategisch an jene ‚Konsumentengruppe‘ gebracht werden, die aufgrund ihrer Indikation ein potentiell Interesse für solche Angebote mitbringt. Im selben Zuge wird die Methodik des VBC® als ‚Marke‘ gestärkt und steigert wiederum die Attraktivität der Ausbildung für Psycholog*innen, die Teil des VBC®-Kosmos werden können.²²

Individualisierung von Problemen und Verantwortung

Wesentliches Merkmal der Anwendung ist die mit den Fragen und Antwortmöglichkeiten verbundene Komplexitätsreduktion und Dekontextualisierung. Die meisten Aufgaben beschränken sich auf das Ankreuzen von vorgegebenen Antwortmöglichkeiten, welche über die Fortsetzung des Weges in der Anwendung entscheiden. In diesem Prozess gehen soziale und gesellschaftliche Kontexte verloren. Eingeübt wird ein abstraktes Reflektieren über einen selbst, das einem selbst fremd bleibt und sich als Halbbildung (im Sinne Adornos) über die eigenen Gefühle und Schwierigkeiten bezeichnen lässt. Mit diesem Begriff kritisiert Adorno (2006) jene Art von Bildung, die nicht auf der Verbindung ihrer Inhalte mit persönlichen und lebensweltlichen Erfahrungen gründet, sondern sich auf eine abstrakte Wissensvermittlung reduziert. Das enge digitale Gestell reduziert die Zusammenhänge der Phänomene auf starre Ursache-Wirkungs-Beziehungen, die sich am stärksten in der Verknüpfung von Symptomen und Stressoren aufgrund von groben zeitlichen Überschneidungen zeigte.

Insbesondere in den Schritten 4 (Hauptbeschwerden) und 5 (Lösungen) werden Defizite im Subjekt und Lösungen vom Subjekt und seinen Defiziten ausgehend verortet. Die Anwendung zwingt dem Subjekt sowohl die Verantwortung für Beschwerden als auch für deren Lösungen

²² Ein Aspekt, der über den Rahmen dieser Arbeit hinausgeht, aber dennoch bei der Reflexion des Geschäftsmodells Erwähnung finden soll, sind die Akteure rund um den Datenschutz. Der Gesetzgeber sieht vor, dass Datenschutz und IT-Sicherheit vor der Anerkennung als DiGA von staatlich zertifizierten Stellen geprüft werden müssen, was einen weiteren Kostenfaktor bei der Entwicklung digitaler Gesundheitsanwendungen darstellt. Die entstehenden Kosten berücksichtigen die Hersteller wiederum in den Verhandlungen mit den Krankenkassen, was zu höheren Preisen führt. Es sind folglich mehrere Akteure, die an den DiGAs verdienen und einen Einfluss auf die Entwicklung nehmen.

auf, ohne systemische Gegebenheiten in den Blick zu nehmen. Lösungen reduzieren sich letztlich auf selbstregulative Techniken und Strategien. Das Subjekt lernt die vermeintlich eigenen Probleme zu erkennen und zu verorten, deren Lösung aber merkwürdigerweise immer in der Regulation des eigenen Verhaltens und eigener Emotionen besteht, und lernt sich in den letzten beiden Schritten durch Selbstreflexion zu kontrollieren.

Schließlich werden psychische Phänomene verdinglicht (Symptome, Stressoren, Beschwerden etc.) und in eine Dichotomie von *Zutreffen und Nicht-Zutreffen* überführt, die keine Zwischentöne und keine Prozesshaftigkeit zulässt. Das eigene Erleben muss der zweiwertigen Logik des digitalen Gestells weichen, die zudem jede zeitliche Dynamik innerhalb der Psyche (d.h. dass etwas einmal mehr, dann weniger zutreffen kann) verneint.

Gesundheit als Produktivität in der Arbeitswelt

Unternehmen wie die *My7steps GmbH*, die digitale Gesundheitsangebote entwickeln, welche nicht nur im gesetzlichen Gesundheitswesen, sondern auch im privaten Unternehmenssektor platziert werden, müssen neben Evidenzanforderungen des Gesetzgebers die wirtschaftlichen Interessen von Unternehmen bespielen. Hierfür eignen sich Konzepte aus der Psychologie, die Gesundheit mit Alltagsfunktionalität und Resilienz gleichsetzen – wie es für die Wirksamkeitsstudie des VBC®-Ansatzes auf der Website zu lesen ist –, da diese auf ein in der fordernden Arbeitswelt funktionierendes Subjekt abzielen. Insbesondere der Begriff der Resilienz meint ein widerstandsfähiges Subjekt, das trotz Widrigkeiten belastbar und leistungsfähig bleibt. Für Unternehmen sind das attraktive Schlagworte, schlagen sie doch Fähigkeiten vor, die das Individuum erlernen und optimieren kann, ohne dass hierfür eine Änderung der Arbeitsbedingungen oder des Arbeitspensums von Nöten sind. Wenngleich ich nicht anzweifle, dass Alltagsfunktionalität und Resilienz für manch eine*n wünschenswert sein können, kann mit diesen Begriffen doch der Grund für hohe Arbeitsbelastungen weder in das persönliche Blickfeld noch in den gesellschaftlichen Diskurs geraten. Letztlich würde ein Angebot, das einen Arbeitsplatzwechsel oder eine Auszeit empfiehlt, für Unternehmen in der freien Marktwirtschaft gänzlich unattraktiv sein.

Die Übernahme der *My7steps GmbH* durch *Acture* – einen privaten Dienstleister – bedeutet nun eine zusätzliche Verschiebung der Kontrolle über Gesundheit in ökonomische und administrative Machtstrukturen. Die Unternehmensziele fokussieren auf die Wiedereingliederung und Arbeitsfähigkeit und das Unternehmen beeinflusst nach eigenen Angaben sogar die Gesetzgebung in den Niederlanden (siehe S. 29). Mit der DiGA „My7steps

App‘ hat *Acture* einen direkten Zugriff auf eine Behandlungsform und somit einen verlängerten Arm in die deutsche gesetzliche Gesundheitsversorgung.

6 Zooming Out

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit digitalen Gesundheitsanwendungen, die seit 2019 durch die Schaffung gesetzlicher Rahmenbedingungen durch den deutschen Gesetzgeber Eingang in das Gesundheitswesens gefunden haben. Insbesondere für psychische Indikationen sind seither zahlreiche Anwendungen zugelassen worden, die überwiegend als Selbsthilfeworkzeuge genutzt werden können und auf den Kontakt mit Therapeut*innen weitgehend verzichten. Mit den Herstellern der DiGAs sind neue ökonomische Akteure in das Feld der Psychotherapie gelangt, die mit ihren Anwendungen im Gegensatz zu den bestehenden einzelnen Psychotherapiepraxen viele Tausend Menschen erreichen und aktuell große Freiheiten bei der Entwicklung und Gestaltung der Anwendungen genießen. Während die wissenschaftliche und kassenrechtliche Anerkennung psychotherapeutischer Verfahren ein aufwändiger und auf vielen Studien basierender Prozess ist, haben die Hersteller bei den Wirksamkeitsstudien zu ihren DiGAs, die auch nach vorläufiger Anerkennung durchgeführt und eingereicht werden können, große Freiheiten und in Relation geradezu extrem niedrige Hürden.

In einer Strukturanalyse arbeitete ich mehrere Strukturmerkmale im derzeitigen aus sieben DiGAs bestehenden Angebot für Depressionen heraus. Mit einer Ausnahme können die Anwendungen als reine Selbsthilfeprogramme genutzt werden und verzichten auf Kontakt mit Psychotherapeut*innen. Eine Anwendung ist dagegen als Werkzeug für Therapeut*innen zu einer parallellaufenden Therapie vorgesehen. Fast alle Anwendungen arbeiten primär mit psychoedukativen Elementen, das heißt sie bieten den Nutzer*innen abstraktes Wissen über Depressionen, mit welchem diese sich eigenständig behandeln. Während tiefergehendes, emotionales oder biographisches Verstehen sich in einer menschlichen Psychotherapie erst in der Beziehung entfaltet, beschränken DiGAs das Verstehen durch abstraktes Wissen und mehr oder weniger komplexe Formen des Self-Trackings zur Erkennung von Mustern zwischen Symptomen bzw. Stimmung und Verhalten auf eine kognitivrationale und rationalisierende Ebene. In diesem Sinne formen DiGAs nicht nur den Zugang zu Depressionen, sondern auch das, was als Verstehen von Depression überhaupt möglich wird. Gesellschaftliche Umstände werden dagegen ausgeblendet und lebensweltliche Kontexte um ihr subjektives Erleben und ihre Bedeutungen reduziert. Die Depressionen werden in der Folge als individuelle Defizite gedacht, die das individualisierte Subjekt zu bearbeiten hat. Die Hersteller berufen sich alle auf Wirksamkeit bzw. Evidenz und vermitteln eine objektive Wissenschaftlichkeit, die für Nutzer*innen – wenn auf den Websites überhaupt auf sie eingegangen wird – abstrakt und

unverständlich bleibt, und diese somit in eine Rechtfertigungsposition bringt, sollte die Behandlung nicht funktionieren.

Mit den DiGAs kommt es auch zu Rollenverschiebungen auf dem Psychotherapiemarkt. So sind neben Ärzt*innen nun auch Psychotherapeut*innen Verschreibende und gelangen in eine vermittelnde Position zwischen Patient*innen und Anbietern. Einer der Hersteller versucht zusätzlich sogar Psychotherapeut*innen in einem Praxisnetzwerk einzubinden, das die eigene Anwendung nutzt und die Psychotherapie durch diese gestaltet und evaluiert. Für Psycholog*innen entsteht zudem die Möglichkeit, als Berater*innen oder Entwickler*innen bei den Herstellern bzw. Betreibern von DiGAs angestellt zu werden und somit ggf. auch ohne psychotherapeutische Ausbildung, das heißt, ohne schulenspezifische Vorbildung und Selbsterfahrung, in die psychotherapeutische Praxis einzugreifen. Damit wird diese Form der Behandlung standardisierter und ausgerichtet an einer statistischen Effizienz, die Psycholog*innen in ihrem Studium in großem Ausmaß vermittelt wird. Dies kann zu einer Verschiebung des psychotherapeutischen Angebotes hin zur Klinischen Psychologie führen, aus der einige der DiGAs kommen, und dadurch die Dominanz der kognitiven Verhaltenstherapie weiter verstärken, die besonders kompatibel mit Psychoedukation und Standardisierung ist.

Eine beachtliche neue Entwicklung, die mit DiGAs einhergeht, besteht darin, dass viele der Anbieter ihre DiGAs nicht nur über Verschreibungen bzw. Krankenkassen an Einzelpersonen bringen, sondern auch als Dienstleistungen für Betriebe und Konzerne zur Gesundheitsverbesserung anbieten. Muss das Individuum für eine Psychotherapie noch eine gewisse Eigeninitiative entwickeln, wenn auch die Probleme, die in der Therapie besprochen oder „bearbeitet“ werden, häufig aus dem beruflichen Kontext erwachsen, ist dies doch eine Psychotherapie, die als Privatperson in Anspruch genommen wird. Betrieblich angebotene DiGAs sind dagegen von Anfang an in berufliche Kontexte und Zielsetzungen eingebunden. Die Gesundheitsbehandlung wird damit zur berufsbezogenen Angelegenheit, zu der der*die Arbeitgeber*in die Angestellten nudgen kann. Besonders jene DiGAs, die Unternehmen als Dienstleistungen zur Reduzierung krankheitsbedingter Ausfälle angeboten werden, greifen in ihren Anwendungen verstärkt auf ein Gesundheitsverständnis zurück, das auf individuelle Anpassung, Funktionsfähigkeit und Widerstandsfähigkeit abzielt, dem Unternehmen folglich einen Mehrwert erbringen soll. Ein solches Gesundheitsverständnis lässt sich unter dem Begriff der Resilienz fassen, der zunehmend im gesellschaftlichen und wissenschaftlichen Gesundheitsdiskurs gelangt. Resilienz wird insbesondere in der ‚Positiven Psychologie‘ aufgegriffen, da sie auf ein widerstandsfähiges, flexibles und anpassungsfähiges Subjekt

abzielt, das trotz fordernder, widriger Bedingungen weiterhin unbeschadet funktioniert (Meister & Slunecko, 2022, S. 243). Aufgrund des ihm inhärenten produktiven Gesundheitsverständnisses – Resilienz verlangt die Arbeit am Individuum, ist optimierbar und ruft ein Subjekt an, das die Verantwortung und Schuld für Krisen stets bei sich selbst sucht – ist Resilienz insbesondere für die Gesundheitsförderung von Unternehmen ein attraktives und verwertbares Konzept. Zur Erlangung und Stärkung der Resilienz existieren eine Reihe von Apps, beispielsweise ‚SuperBetter‘, die krisenhafte Ausgangslagen zu Challenges umdeuten, welche Nutzer*innen eigenverantwortlich meistern können (Meister & Slunecko, 2022, S. 257). Mit Belohnungsmechanismen und Levels motiviert diese ihre Nutzer*innen und lädt sie zu einer spielerischen Arbeit an den eigenen Fähigkeiten ein (ebda.). Diese Arbeit wird darüber hinaus in Wettbewerben mit anderen Nutzer*innen verstärkt (ebda.). Meister und Slunecko problematisieren in ihrer Analyse der Resilienzapp ‚SuperBetter‘, dass die Umwelt als Ort der Widrigkeiten gedacht, „jedoch nicht als adäquater Ort zu deren Bearbeitung thematisiert“ (Meister & Slunecko, 2022, S. 258) wird. Da der Fokus schon vorab auf die individuelle Resilienz gelegt wird, bleiben gesellschaftliche Missstände abgeblendet und können nicht politisch und kollektiv erschlossen werden (ebda.). Mit den DiGAs und ihren Herstellern erlebt die Resilienz (und die Fokussierung auf das Therapieziel der Alltagsfunktionalität) weiteren Rückenwind. Wenngleich nicht alle untersuchten Anwendungen eine gamifizierte Challenge zur Bewältigung von Depressionen und Krisen vorschlagen, lässt sich im untersuchten Angebot eine individuelle, kontextreduzierende und simplifizierende Art und Weise der Gesundwerdung bzw. des Gesünder-Werdens erkennen, die ein selbstverantwortliches, lernendes, Muster erkennendes und sich verwaltendes Subjekt erzeugt.

Die Analyse der ‚My7steps App‘, die mit ihrer Berufung auf eine psychodynamische Methodik heraussticht und somit auf ein Subjekt mit eigenen Deutungen verweist, stellt einen Versuch dar, im derzeitig kognitiv-verhaltenstherapeutisch dominierten Angebot eine Differenz auszumachen. In der Dispositivanalyse zeigte sich jedoch, dass auch diese DiGA Formen von Subjektivierung transportiert, welche dazu führen, „dass die resultierenden Subjekte sich auch bei seelischen Irritationen in den von diesen Verhältnissen aufgespannten Weltlauf bloß (wieder) geräuschlos einfügen und sich ihm jedenfalls nicht widersetzen oder aus ihm ausscheren wollen“ (Slunecko, 2017a, S. 32). Die Rekonstruktion des Geschäftsmodells der *My7steps GmbH* zeigt darüber hinaus, wie ökonomische Interessen der Hersteller mit den bestehenden Strukturen im Krankenkassensystem verbunden werden können. Im konkreten Fall, indem in der DiGA und somit im Gesundheitswesen das eigene kostenpflichtige Counseling-Angebot beworben und an die DiGA gekoppelt mittels Selektivverträgen sogar zur

Kassenleistung wird. Die Übernahme durch das Unternehmen *Acture* lässt sich vor dem individualisierenden, auf Anpassung und Regulierung abzielenden Ansatz verstehen, der gut in die Dienstleistungen zur Reduktion von „Absentismus“ und Förderung von Produktivität passt, die *Acture* Unternehmen anbietet. Der Diskurs um psychische Gesundheit ist zwar schon längst durch Aspekte wie Arbeitsfähigkeit, Effizienz und Kostenkontrolle infiziert und arbeitet diesen unter den bestehenden Verhältnissen zu, durch die DiGAs wird diese Entwicklung jedoch noch weiter verstärkt und durch die Eingliederung von digitalen Mental-Health Anwendungen in die betriebliche Gesundheitsvorsorge weiter in diese Richtung verschoben.

Eine hypothesenprüfende quantitative Evidenzforschung, die DiGAs in einem medizinischen Wirksamkeitsverständnis begreift, arbeitet dieser Verschiebung im Gesundheitswesen und Diskurs um psychische Gesundheit zu, weil sie keine gesellschaftlichen Strukturen und Machtmechanismen, sondern nur Effekte im Individuum in den Blick nehmen kann. Demgegenüber denkt die Wiener Kulturpsychologie Medien und Menschen als miteinander verschaltet und sich wechselseitig konstituierend (Slunecko, 2008). Im gleichen Zuge, in dem der Mensch seine Medien entwickelt, formen diese sein Selbstverhältnis. DiGAs, die als Selbsttechnologien zur Selbstbeschäftigung anregen, greifen in diese Prozesse ein, indem sie die Möglichkeiten aktiven sprachlichen Ausdrucks extrem beschränken, wenn nicht gar gänzlich verunmöglichen, Antwortmöglichkeiten vorgeben und die Komplexität des subjektiven Erlebens in eine bestimmte Anzahl eindeutiger Begrifflichkeiten, Stimmungsdiagramme, Zufriedenheitskurven und visuelle Darstellungen überführen. Die menschliche Psychotherapie basiert hingegen wesentlich auf dem Medium Sprache, welche zwar ebenso subjektives Erleben strukturiert, jedoch Nuancen, Dynamiken und Widersprüche zulässt, Umschreibungen ermöglicht und Bedeutung im Dialog entfalten kann. Das Subjekt lernt sich in den Logiken der DiGAs hingegen distanziert zu betrachten, zu steuern und zu regulieren. Es wird von jemandem, der etwas erfährt, sofort zu jemandem, der etwas verursacht, und damit zu jemandem, der etwas zu verändern hat. Ambivalente Gefühlslagen, beispielsweise, dass die Pflege eines Angehörigen, anstrengend und belastend sein kann, die Stimmung trübt und sich zugleich richtig und gut anfühlt, lassen sich im digitalen Gestell nicht ausdrücken und werden daher als etwas zu Vermeidendes gedeutet. Slunecko und Bösel (2022, S. 135) sprechen in diesem Kontext von einem „Unbehagen in der digitalen Zuwendung“, das dadurch entsteht, dass auf einer diskursiven Ebene ein starkes Subjekt angerufen wird und – wenn es auf diese Anrufung reagiert – es zugleich auf der dispositiven Ebene in seinen Entscheidungs- und Artikulationsmöglichkeiten eingeschränkt wird, ihm dadurch eine

Handlungssohnmacht demonstriert, es aber gleichzeitig in seiner Handlungsmächtigkeit bestätigt wird.

Die Subjektivierungsformen, die in den untersuchten DiGAs entstehen, passen insofern in eine neoliberale Weltlage, als sie individualisierte, schwache und verwirrte Subjekte erzeugen und damit gesellschaftliche Missstände stabilisieren. Sie regen weder zu politischem Engagement noch zu kollektiven Bemühungen an, sondern zur Anpassung an die bestehenden Verhältnisse. Negative Gefühlslagen können folglich nicht als Potentiale erkannt werden, um für Veränderungen einzustehen, sondern stellen Störfaktoren in der Bewältigung von unhinterfragten Leistungsanforderungen dar, die solche Symptome, die das Subjekt zur DiGA gebracht haben, mitverursachen. Indem das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Herstellern für die Evidenzprüfung große Freiheiten lässt, qualitative Forschung jedoch als unzureichend begreift, arbeitet es dieser Entwicklung zu und sorgt dafür, dass die herausgearbeiteten Strukturen und Subjektivierungsform verdeckt bleiben.

7 Manöverkritik

Mit der gewählten zweiteiligen methodischen Herangehensweise war es mir möglich, in einem ersten Schritt zunächst Strukturen im Feld digitaler Gesundheitsanwendungen herauszuarbeiten und anschließend eine begründete Auswahl für die tiefere Analyse einer Anwendung zu treffen, die in die Strukturmerkmale nicht eindeutig hineinzupassen schien. Im Forschungsprozess stellte sich heraus, dass die gewählte Anwendung ‚My7steps App‘ ähnliche Strukturen und Anrufungen aufweist, wie ich sie in der Strukturanalyse anhand der anderen Anwendungen erarbeitet habe. Im Nachhinein wäre die Analyse der Anwendung ‚elona therapy Depression‘, die als Werkzeug der Psychotherapeut*innen vorgesehen ist, vielversprechender gewesen. Insgesamt lassen sich mit dieser Arbeit fundierte Aussagen über digitale Gesundheitsanwendungen für die Indikation Depressionen treffen, die auch für die Analyse weiterer DiGAs Orientierung bieten. Gleichzeitig ist zu betonen, dass diese Arbeit meine erste an Foucault orientierte Arbeit an empirischem Material darstellt. Die Fülle an diskurstheoretischen und dispositivanalytischen Ansätzen stellte für mich viele Möglichkeiten und gleichzeitig Herausforderungen in Bezug auf zu treffende Forschungsentscheidungen dar. Wenngleich ich zu begründen versuche, wie ich meine Entscheidungen bezüglich des Materials und der Methoden etc. getroffen habe, basierten diese nicht auf der Grundlage von Vorerfahrungen.

Ausgehend von den Forschungsprämissen der Wiener Kulturpsychologie bin ich mit meinen beschriebenen Irritationen und einer kritischen Grundhaltung in das Feld gegangen, die ich in dieser Arbeit nachvollziehbar darzulegen versuche. Diese erkenne ich nicht als Limitationen, sondern als produktives Potential, aus dem ich meine Forschungsenergie schöpfte. Gleichzeitig halte ich es für wichtig, darauf hinzuweisen, um nicht den Status eines – wie in der Psychologie üblich – über den Phänomenen stehenden, objektiven Forschers einzunehmen.

Hinsichtlich der Dispositivanalyse der ‚My7steps App‘ lässt sich kritisch anmerken, dass der technische Walkthrough aufgrund der fehlenden Möglichkeit, Eingaben ändern zu können, auf einem Durchgang basiert. Um herauszufinden, wie sich der Weg in der Anwendung bei anderen Eingaben fortsetzt, wäre eine weitere Handynummer notwendig gewesen.

Metatheoretisch und methodisch lässt sich anmerken, dass diese Arbeit keine Aussagen über tatsächliche Nutzungspraxen tätigen kann, da ich keinen Kontakt zu Nutzer*innen hatte. Hierfür wären Interviews oder Gruppendiskussionen notwendig, in denen diese zur Sprache kommen. Eine weitere interessante Perspektive, die in der Arbeit außen vor bleibt, ist jene der Appentwickler*innen, die Aufschluss über Intentionen und deren Umsetzungen geben könnte und sich ebenfalls in Interviews oder anderen Formen des Feldkontaktes erschließen ließe. In

einem Folgeprojekt wäre daher ein triangulierendes Design anzudenken, das mittels neuer Perspektiven und Methoden die Ergebnisse dieser Arbeit erweitern könnte.

Literaturverzeichnis

- Adamson, L. (2024). *Das Fitbit für die Seele. Eine kritische Dispositivanalyse digitaler Psychotherapie und App-basierter Selbsthilfe-Angebote*. Masterarbeit Universität Wien
- Adorno, T. W. (2006). *Theorie der Halbbildung*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Ballerstein, M., & Jacob, G. (2022). Einsatz und Wirksamkeit von Digitalen Gesundheitsanwendungen in der Patientenversorgung. *PSYCH up2date*, 16(04), 278–283. <https://doi.org/10.1055/a-1684-6199>
- Bädorf, M. (04.01.2024). *Psychotherapie online – Was bringt die Hilfe per App?* [Audio Podcast]. SWR2 Wissen. Verfügbar unter: <https://www.swr.de/swrkultur/wissen/psychotherapie-online-was-bringt-die-hilfe-per-app-102.html>
- Bröckling, U. (2019). *Das unternehmerische Selbst* (7. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Bröckling, U., & Krasmann, S. (2010). Ni méthode, ni approche: Zur Forschungsperspektive der Gouvernamentalitätsstudien – mit einem Seitenblick auf Konvergenzen und Divergenzen zur Diskursforschung. In J. Angermüller & S. Van Dyk (Hrsg.), *Diskursanalyse meets Gouvernamentalitätsforschung: Perspektiven auf das Verhältnis von Subjekt, Sprache, Macht und Wissen* (S. 23-42). Frankfurt am Main: Campus Verlag
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2023). *DiGA-Leitfaden (Version 3.5)*. Verfügbar unter: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medizinprodukte/diga_leitfaden.pdf?__blob=publicationFile
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2025). *DiGA-Verzeichnis: Psyche*. Verfügbar unter: <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis?category=%5B%2277%22%5D>
- Bührmann, A. D., & Schneider, W. (2012). *Vom Diskurs zum Dispositiv: Eine Einführung in die Dispositivanalyse* (2., unveränderte Aufl.). Bielefeld: transcript Verlag
<https://doi.org/10.1515/9783839408186>
- Deutsches Register Klinischer Studien (2022). *My7steps App Pilotstudie*. Verfügbar unter: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00027925>
- Deutsches Register Klinischer Studien (2023). *My7steps App Erprobungsstudie*. Verfügbar unter: <https://drks.de/search/de/trial/DRKS00025530>

- Die Techniker (2022). *DiGA Report 2022*. Verfügbar unter:
<https://www.tk.de/resource/blob/2125136/b17480b9336ea42df83b5b6b213a0f88/tk-diga-report-2022-data.pdf>
- Duttweiler, S. (2016). Körperbilder und Zahlenkörper: Zur Verschränkung von Medien- und Selbsttechnologien in Fitness-Apps. In S. Duttweiler, R. Gugutzer, J. Passoth & J. Strübing (Hrsg.), *Leben nach Zahlen: Self-Tracking als Optimierungsprojekt?* (S. 221-252). Bielefeld: transcript Verlag. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1515/9783839431368-011>
- Düvel, J. A., Gensorowsky, D., Hasemann, L., & Greiner, W. (2022). Lösungsansätze für den Zugang digitaler Gesundheitsanwendungen zur Gesetzlichen Krankenversicherung: Eine qualitative Studie. *Das Gesundheitswesen*, 84(01), 64–74.
<https://doi.org/10.1055/a-1341-1085>
- Foucault, M. (1978). *Dispositive der Macht*. Berlin: Merve Verlag
- Foucault, M. (2005). *Analytik der Macht*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Foucault, M. (2019). *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I* (22. Aufl.). Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Fochler, L. F. (2021). *Psyche gut, alles gut: Eine kritische Dispositivanalyse digitaler Applikation von Psychotherapie*. Masterarbeit Universität Wien. doi: 10.25365/thesis.65833
- Funer, F. (2021). Auf dem Weg zum digitalen homo vitruvianus? Medizinisches Selftracking und digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) zwischen Empowerment und Kontrollverlust. *Ethik in der Medizin*, 33(1), 13–30. <https://doi.org/10.1007/s00481-020-00602-1>
- Gerlinger, G., Mangiapane, N., & Sander, J. (2021). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung. Chancen und Herausforderungen aus Sicht der Leistungserbringer. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 64(10), 1213–1219.
<https://doi.org/10.1007/s00103-021-03408-8>
- Jäger, S. (2015). *Kritische Diskursanalyse: Eine Einführung* (7. Aufl.). Münster: Unrast
- Kriz, J. (2023). Humanistische Psychotherapie in Deutschland: Report einer Blockade. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 13(2), 73–81. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2023-2-73>

- Light, B., Burgess, J., & Duguay, S. (2018). The walkthrough method: An approach to the study of apps. *New Media & Society*, 20(3), 881–900.
<https://doi.org/10.1177/1461444816675438>
- Lüttke, S., Hautzinger, M., & Fuhr, K. (2018). E-Health in Diagnostik und Therapie psychischer Störungen: Werden Therapeuten bald überflüssig? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 61(3), 263–270.
<https://doi.org/10.1007/s00103-017-2684-9>
- Mau, S. (2018). *Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen* (3. Aufl.). Berlin: Suhrkamp Verlag
- Meister, M., & Slunecko, T. (2022). Digitale Dispositive psychischer Gesundheit. Eine Analyse der Resilienz-App ‚SuperBetter‘. *ZQF – Zeitschrift für Qualitative Forschung*, 22(2), 242–265. <https://doi.org/10.3224/zqf.v22i2.05>
- Missmahl, I., & Brugmann, B. (2019). Value-based Counseling: Kultur und Religion als sinnstiftendes Element einer psychodynamischen Kurzzeitintervention. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 9(1), 39–49. <https://doi.org/10.30820/1664-9583-2019-1-39>
- Ruck, N., Slunecko, T. & Riegler, J. (2010). Kritik und Psychologie – ein verschlungenes Verhältnis. *Psychologie & Gesellschaftskritik*, 33/34(132/133), 45–67
- Schaupp, S. (2016). »Wir nennen es flexible Selbstkontrolle.«: Self-Tracking als Selbsttechnologie des kybernetischen Kapitalismus. In S. Duttweiler, R. Gugutzer, J. Passoth & J. Strübing (Hrsg.), *Leben nach Zahlen: Self-Tracking als Optimierungsprojekt?* (S. 63-86). Bielefeld: transcript Verlag. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1515/9783839431368-003>
- Slunecko, T. (2008). *Von der Konstruktion zur dynamischen Konstitution. Beobachtungen auf der eigenen Spur* (2., aktualisierte Auflage). Wien: WUV
- Slunecko, T. (Hrsg.). (2017a). *Psychotherapie: Eine Einführung* (2., vollständig überarbeitete Auflage). Wien: Facultas
- Slunecko, T. (2017b). Beobachtungen auf der eigenen Spur. Bemerkungen zu einem für die Wiener kulturpsychologische Schule charakteristischen Motiv. In T. Slunecko, M. Wieser & A. Przyborski (Hrsg.), *Kulturpsychologie in Wien*, (S. 27-54). Wien: Facultas
- Slunecko, T. (2023) Gegen die Akademisierung von Psychotherapie aus dem Geist der Klinischen Psychologie. In W. Datler, A. Drossos, E. Gornik & C. Korunka (Hrsg.)

- Akademisierung der Psychotherapie. Aktuelle Entwicklungen, historische Annäherungen und internationale Perspektiven.* (S. 145-168) Wien: Facultas
- Slunecko, T. (2025). Das Psychedelische - ein Grenzobjekt zwischen utopisch-religiösen, wissenschaftlich-therapeutischen und ökonomischen Zugriffen. In B. Bösel & J. Weber (Hrsg.), *Die Macht des Psychotechnischen. Zur Erschließung eines transdisziplinären Forschungsfeldes* (o. S.). Campus Verlag
- Slunecko, T., & Benetka, G. (2023). *Geschichte und Paradigmen der Psychologie und Psychotherapie.* Wien: Facultas
- Slunecko, T. & Bösel, B. (2022) Das Unbehagen in der digitalen Zuwendung. Ein Gespräch. *AugenBlick. Konstanzer Hefte zur Medienwissenschaft* (Themenheft Automatisierte Zuwendung. Affektive Medien / Sensible Medien / Fürsorgende Medien), 85, 127–137
- Spahn, J. (2019). *Rede des Bundesministers für Gesundheit, Jens Spahn, für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation (Digitale-Versorgung-Gesetz) vor dem Deutschen Bundestag am 7. November 2019 in Berlin [Rede].* Deutscher Bundestag. Verfügbar unter: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/service/bulletin/rede-des-bundesministers-fuer-gesundheit-jens-spahn--1689998>
- Unternehmensregister (2025). *My7steps GmbH.* Verfügbar unter: <https://www.unternehmensregister.de/ureg/registerPortal.html;jsessionid=A493FBE001F3281CD5B2CAA1A6B6A32D.web03-1>
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings.* Mahwah, NJ/London: Lawrence Erlbaum Associates
- Weitzel, E. C., Quittschalle, J., Welzel, F. D., Löbner, M., Hauth, I., & Riedel-Heller, S. G. (2021). E-Mental-Health und digitale Gesundheitsanwendungen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 92(11), 1121–1129. <https://doi.org/10.1007/s00115-021-01196-9>
- Wolff, L. L., Rapp, M., & Mocek, A. (2023). Kritische Prüfung der Evidenz dauerhaft aufgenommener psychosozialer digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis für erstattungsfähige digitale Gesundheitsanwendungen des BfArM. *Psychiatrische Praxis*, 50(02), 67–79. <https://doi.org/10.1055/a-1875-3635>

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Blick ins Cockpit (edupression)	S. 19
Abb. 2: Therapeut:innenansicht (elona therapy depression)	S. 21
Abb. 3: Die Therapie zwischen deinen Sitzungen (elona therapy depression)	S. 23
Abb. 4: Offizielle Digitale Gesundheitsanwendung (elona therapy depression)	S. 23
Abb. 5: My7steps Talk Pakete	S. 31
Abb. 6: Umsatz der My7steps GmbH	S. 33
Abb. 7: Weg zum Freischaltcode	S. 36
Abb. 8: Homebildschirm	S. 38
Abb. 9: Video – Schritt 1	S. 40
Abb. 10: Symptombewertung – Schritt 1	S. 41
Abb. 11: Stärkste Symptome – Schritt 1	S. 42
Abb. 12: Gedanken und Gefühle zu Symptomen – Schritt 1	S. 42
Abb. 13: Zuversichtseinschätzung – Schritt 1	S. 43
Abb. 14: Auswahl Stressoren – Schritt 2	S. 44
Abb. 15: Zeitangabe Stressoren – Schritt 2	S. 45
Abb. 16: Auswahl Ressourcen – Schritt 2	S. 47
Abb. 17: Auswahl dominantes Grundgefühl – Schritt 3	S. 48
Abb. 18: Bestätigung dominantes Grundgefühl – Schritt 3	S. 49
Abb. 19: Entwicklung der Zuversicht	S. 49
Abb. 20: Auswahl Hauptbeschwerde – Schritt 4	S. 50
Abb. 21: Bestätigung Hauptbeschwerde – Schritt 4	S. 50
Abb. 22: Auswahl Lösung – Schritt 5	S. 51
Abb. 23: Bestätigung Lösung – Schritt 5	S. 51
Abb. 24: Aufgaben – Schritt 6	S. 52
Abb. 25: Symptomentwicklung – Schritt 7	S. 53

Anhang 1: Materialkorporus der Diskursanalyse

deprexis

Website: <https://de.deprexis.com/>

Zuletzt abgerufen: 30.06.2024

edupression.com[®]

Website: <https://edupression.com/therapieprogramm/>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

Elona therapy Depression

Website: <https://www.elona.health/>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

MindDoc auf Rezept

Website: <https://minddoc.com/de/de/>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

Selfapy Online-Kurs bei Depression

Website: <https://www.selfapy.com/>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

App Store: <https://apps.apple.com/at/app/selfapy-mental-health-app/id1565142590>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

Novego: Depressionen bewältigen

Website: <https://www.novego.de/>

Zuletzt abgerufen am: 30.06.2024

My7steps App

Website: <https://my7steps.org/de/>

Zuletzt abgerufen am: 01.03.2025

Anhang 2: Material Dispositivanalyse

Videotext Schritt 2

„Wir Menschen sind alle soziale Lebewesen. Die Beziehung zu anderen, das Gefühl dazuzugehören und geachtet zu sein, ist unser biologisches Erbe.

Ausgestattet mit unserem Verstand stellen wir dann ständige Vergleiche und Bewertungen an: Habe ich was falsch gemacht?

Warum bekommt der mehr als ich?

Warum fühle ich mich nicht zugehörig?

Wird das auch so enden wie damals?

Diese und andere Fragen können dann ausgelöst werden, wenn wir uns in einem Miteinander befinden. Und das ist fast immer der Fall. Schon sehr früh lernen wir, wie Beziehungen funktionieren. Wie wir auf andere reagieren und welche Gefühle und Impulse ein bestimmtes Verhalten auslöst.

Unser späteres Verhalten entwickelt sich so abhängig von unserer Ursprungsfamilie, unseren Erfahrungen mit Menschen und auch der Kultur, in der wir leben.

Und dann werden wir erwachsen, aber die erlernten Muster bleiben.

Was hat das mit Deinem Problem zu tun und dem [sic!] Grund warum Du hier bist? Wir finden es heraus!

Zu erkennen ist es daran, was Dich genau belastet und seit wann das so ist. Soziale Auslöser für Deine Probleme können zum Beispiel folgende Stressoren sein:

Konflikte mit Personen in Deiner Familie oder mit anderen Menschen in Deinem Umfeld.

Der Verlust von Menschen, die Dir wichtig waren

Kritik oder Erwartungen von anderen

Sorgen um unsere Liebsten

Überforderungssituationen oder schmerzhaft Erfahrungen.

Wähle aus den folgenden Stressoren diejenigen aus, die Dir wichtig erscheinen, und versuche genau herauszufinden, wann sie in Dein Leben gekommen sind.“

Videotext Schritt 3

„In dem nächsten Schritt wird es um das Gefühl gehen, das Dich in Deinem Alltag am meisten behindert oder stört.

Das Gefühl, woran Du am meisten leidest. Wir nennen es das "bestimmende Grundgefühl".

Zwischen „Gefühle haben" und „Gefühlen einen Namen zu geben", sie zu erkennen und zu beschreiben, besteht ein großer Unterschied.

Sehr oft geben wir uns den Gefühlen hin und sind in ihnen gefangen, wir identifizieren uns mit diesem Gefühl, wir sind dann das Gefühl.

Begriffe und Worte für das, was in Dir vorgeht, zu finden ist aber sehr wichtig. Und um diesen Gefühlen auf die Spur zu kommen, ist es hilfreich sich zu entspannen und den Kopf ein wenig abzuschalten.

So kannst Du Dich auf Deine Gefühle und Deine innere Stimme konzentrieren. Wir laden Dich daher zu einer kleinen Entspannungs- und Erkundungsreise ein.“

Text Audioübung Schritt 3

„Beginne ganz ruhig zu atmen.

Spüre wie und an welchen Stellen Dein Körper aufliegt und lasse Dich ganz bewusst in den Boden oder Sitz hineinsinken. Spüre bei jedem Ausatmen die Schwere deines Körpers und spüre wie dabei eine Spannung nachlässt.

Konzentriere Dich auf das Ausatmen und tue dies ganz bewusst.

Welche Situationen, Bilder, Gedanken, Gefühle, die dich in der letzten Zeit häufig beschäftigt haben [sic!] tauchen auf? Nimm das, was kommt an, sei neugierig und schaue es an.

Du beobachtest das Gefühl!.....5-10 sec.

Dann lasse es weiterziehen.....5-10 sec

Welches Gefühl, welche Gefühle konntest Du beobachten?

Gibt es ein Gefühl [sic!] das besonders stark ist, das sich in den Vordergrund schiebt?

Wo in Deinem Körper hast Du dieses Gefühl gespürt?

Woran hast Du dieses Gefühl gemerkt? Hitze, Kälte, Kribbeln, Pulsieren ... beobachte Dich dabei ein wenig und nimm was kommt. Verweile ein wenig dabei.

Beobachte das Gefühl, verändert es sich dadurch, dass Du es anschaust?

Ruhe, 5 - 10 sec.

Wie könntest Du das Gefühl benennen?

Sprich das Wort leise vor Dich hin und prüfe, ob es stimmig ist, mit dem was Du in Dir spürst. Wenn nicht, dann versuche ein anderes Wort für dieses Gefühl zu finden ...

Ruhe, 30 sec.

Komme langsam wieder zurück und spüre wo Dein Körper aufliegt. Strecke die Arme über den Kopf, strecke Deinen ganzen Körper, öffne die Augen und lass ein Gähnen kommen.

Wir zeigen Dir jetzt eine Auswahl von Gefühlen, bitte kreuze das Gefühl an, das du bei der Übung gerade gefunden hast. Wenn es nicht auf der Liste steht, dann wähle das Gefühl aus, das deinem Gefühl am nächsten kommt.“

Videotext Schritt 4

„Jetzt geht es darum, einen Satz zu finden, der beschreibt, was Dich zum jetzigen Zeitpunkt am meisten stört.

Wir könnten auch sagen, einen Satz, der ausdrückt, warum Du jetzt gerade Deinen Alltag nicht so leben kannst, wie Du es gewohnt bist und es Dir wünscht.

Einen Satz, der bei Dir ein Gefühl auslöst von: "Ja, genau so ist es!" Das ist gar nicht so einfach. Deswegen schlagen wir Dir eine Reihe von solchen möglichen Sätzen vor, die mit dem Gefühl, welches Du im dritten Modul gefunden hast, direkt zu tun hat.

Bei der Auswahl des richtigen Satzes achte besonders auf Dein Gefühl, auf die starke Erfahrung innerer Zustimmung oder Erkenntnis, auf einen kleinen "Aha-Moment".

Je besser Dein ausgewählter Satz Deine Situation beschreibt, desto mehr wirst Du in Deinem Alltag etwas verändern können.“

Videotext Schritt 5

„Jetzt wirds spannend!!!

Wähle im Folgenden eine passende Lösung für Deine Beschwerde: Lese die Lösungsvorschläge aufmerksam Durch.

Welche trifft am ehesten auf Dich zu. Welche lacht Dich an? Wo taucht ein Gefühl der Erleichterung in Deinem Körper auf?“

Videotext Schritt 6

„Und hier kommen Ideen für Dich, es sind Schritte, die Du gehen kannst, um der von Dir gewählten Lösung näher zu kommen.

Du hast zwei Wochen Zeit, um darüber nachzudenken und Deine Überlegungen in die freien Felder zu schreiben, neue Dinge in Deinem Alltag zu versuchen und neue Ideen in die Tat umzusetzen.

Nimm Dir ausreichend Zeit, gehe zuerst die einzelnen Schritte der Reihe nach durch.

Danach kannst Du jedoch auch jederzeit wieder zum ersten, zweiten oder dritten Schritt zurückgehen, wenn Du weitere Erkenntnisse hast.

Schreibe alles auf, was Dir in den Sinn kommt! Wir freuen uns mit Dir über jeden kleinen Fortschritt, wir freuen uns über alles, was sich in Deinem Leben, in Deinen Gefühlen positiv verändert.

Wir ermutigen Dich nun mit Neugierde, Geduld und Leichtigkeit loszulegen!“

Videotext Schritt 7

„Wir gratulieren! Du hast viel geschafft!

Wir haben einen letzten Schritt für Dich vorbereitet.

In diesem Modul bitten wir Dich, Deinen Prozess der letzten Wochen etwas genauer anzuschauen. Wir zeigen Dir zuerst noch einmal Deine Eintragungen. Versuche, wenn Du sie liest, Dir diesen Weg innerlich noch einmal zu vergegenwärtigen.

Welche Gefühle haben Dich begleitet?

Was war dabei wichtig oder gar entscheidend.

Welche Einsichten hattest Du?

Wir zeigen Dir dann noch einmal die Symptome, die Du am Anfang benannt hast und bitten Dich, sie jetzt erneut zu bewerten.

Natürlich aus Deiner jetzigen Situation heraus. Wir fragen ganz konkret: Wie geht es Dir jetzt?

Und dann haben wir ein Journal für Dich vorbereitet.

Hier kannst Du noch einmal festhalten, was dieser Prozess in Dir ausgelöst hat.

Nimm Dir für dieses letzte Modul bitte ausreichend und ungestörte Zeit, um Deinen Erfahrungen und Erkenntnissen in Ruhe nachspüren zu können.“

Abschlussvideo

„Du bist nun am Ende unseres Programms angelangt.

Wir hoffen sehr, dass Du in den vergangenen Wochen einige Impulse, Erkenntnisse, Ressourcen und Strategien ausprobieren und verinnerlichen konntest, die Dir auch zukünftig eine große Hilfe sein werden.

Wir hoffen vor allem, dass Du das Vertrauen in Dich selbst wieder stärken konntest. Denn das Vertrauen in uns selbst ist der eigentliche Motor, der uns allen die stetige Kraft gibt, mit jeder Krise umgehen zu können.

Und sehr oft sind es gerade diese herausfordernden Momente des Lebens, die uns zeigen, was wirklich wichtig für uns ist und uns dazu antreiben, über uns hinaus zu wachsen.

In diesem Sinn: Alles Gute für Dich!“

Abstract

Seit 2019 sind digitale Gesundheitsanwendungen (DiGAs) Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems und können als „Apps auf Rezept“ von den gesetzlichen Krankenkassen refundiert werden. Speziell im psychotherapeutischen Bereich wurden seither zahlreiche Anwendungen zugelassen, die größtenteils als Selbsthilfswerkzeuge konzipiert sind und auf zwischenmenschlichen Kontakt weitgehend verzichten. Sie versprechen einen Behandlungserfolg durch Praktiken der Selbstvermessung und Psychoedukation, für den keine therapeutische Beziehung notwendig ist. Die vorliegende Arbeit zeichnet die mit diesen Entwicklungen einhergehenden Implikationen für die therapeutische Praxis mithilfe einer an Foucault orientierten kritischen Diskursanalyse des kognitiv-verhaltenstherapeutisch geprägten Angebots für Depressionen nach. Dabei wird deutlich, dass psychische Irritationen als Defizite im Individuum betrachtet werden, lebensweltliche und gesellschaftliche Kontexte hingegen ausgeblendet bleiben. Mithilfe psychoedukativer Inhalte und der Erkennung korrelativer Muster in den eigenen Symptomen und im eigenen Verhalten soll das Individuum lernen, sich selbst zu regulieren. Zudem zeigte sich, dass dieselben DiGAs, die im gesetzlichen Gesundheitswesen genutzt werden, auch im privaten Unternehmenssektor zur Gesundheitsverbesserung am Arbeitsplatz angeboten werden und hierfür neben Evidenzanforderungen des Gesetzgebers ebenso wirtschaftliche Interessen von Unternehmen bedienen. Die Ökonomisierung und Verschränkung von Gesundheit mit Zielen der Resilienz und Produktivitätssteigerung zeigte sich im Besonderen in der Dispositivanalyse der DiGA ‚My7steps App‘. Indem DiGAs gesellschaftliche Missstände ausblenden und dem Individuum die Verantwortung für diese übertragen, lassen sie sich als neoliberale Selbsttechniken verstehen, welche die bestehenden Verhältnisse reproduzieren und stabilisieren und sie nicht infrage stellen.