

Entwicklung und Analyse einer Nachsorge-App für alkoholabhängige Menschen

Tatjana Roncolato Donkor

Sie sind SozialpädagogIn/SozialarbeiterIn
und arbeiten in einem klinisch-sozialen Berufsfeld?

Die Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)
zertifiziert Ihre professionelle Arbeit!

Weitere Informationen unter:
www.klinische-sozialarbeit.de

Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit

Tatjana Roncolato Donkor

Entwicklung und Analyse einer Nachsorge-App
für alkoholabhängige Menschen



Impressum

CIP-Titelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Tatjana Roncolato Donkor

Entwicklung und Analyse einer Nachsorge-App für alkoholabhängige Menschen

Diese Arbeit erscheint im Rahmen der Reihe

"Schriften zur psycho-sozialen Gesundheit"

Herausgeber:

Prof. Dr. Frank Como-Zipfel

Dr. Gernot Hahn

Prof. Dr. Helmut Pauls

Coburg: ZKS-Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© 2015 ZKS-Verlag

Cover-Design: Leon Reicherts

Technische Redaktion: Tony Hofmann

ISBN 978-3-934247-42-0

Der ZKS-Verlag ist eine Einrichtung der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

UG (haftungsbeschränkt), HRB Nummer 5154

Geschäftsführer: Prof. Dr. Helmut Pauls und Dr. Gernot Hahn.

Anschrift:

Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

Mönchswiesenweg 12 A

96479 Weitramsdorf-Weidach

Kontakt:

info@zks-verlag.de

www.zks-verlag.de

Tel./Fax (09561) 33197

Gesellschafter der ZKS:

- IPSG-Institut für Psycho-Soziale Gesundheit (gGmbH) – Wissenschaftliche Einrichtung nach dem Bayerischen Hochschulgesetz an der Hochschule Coburg, Staatlich anerkannter freier Träger der Jugendhilfe, Mitglied im PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband.

Amtsgericht Coburg. HRB 2927.

Geschäftsführer: Dipl.-Soz.päd.(FH) Stephanus Gabbert

- Dr. Gernot Hahn

- Prof. Dr. Helmut Pauls

Inhalt

1. Danksagung.....	7
2. Theoretischer Hintergrund	9
2.1 Alkoholabhängigkeit in Deutschland	9
2.2 Abhängigkeit und Rückfall	12
2.2.1 Therapie und Behandlung von Alkoholabhängigkeit.....	14
2.2.2 Rückfallhäufigkeiten und Rückfallprophylaxe.....	19
2.3 Forschungs- und Entwicklungsstand zum Einsatz neuer Medien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit.....	24
2.3.1 Einsatz neuer Medien in der Suchtkrankenhilfe.....	24
2.3.2 Einsatz von Smartphones in der Suchtkrankenhilfe	28
3 Methodik	33
3.1 Konzept und Entwicklung einer Smartphone-App für alkoholabhängige Menschen	33
3.2 Forschungs- und Entwicklungsdesign	34
3.3 Erhebungsinstrumente	34
3.3.1 Experteninterviews	35
3.3.2 Ethnographie/Teilnehmende Beobachtung	35
3.4 Prozedere	36
3.4.1 Operationalisierung der Fragestellung: Der Leitfaden	36
3.4.2 Auswertung der Interviews und der ethnographischen Datenerhebung	38
3.4.3 Ethische Prinzipien der Studie.....	39
4. Ergebnisse der Erhebung.....	41
4.1 Arbeitsmethoden in Suchthilfeeinrichtungen	42
4.2 Kriterien für den Piloten.....	45

4.3 Experteneinschätzung.....	46
4.4 Ergebnisse der Fachkonferenz.....	49
5 Technische Umsetzung der Ergebnisse in eine Smartphone-App ..	53
5.1 Ablauf der Entwicklung	53
5.2 Integration der Studienerhebung in eine Smartphone-App	53
5.3 Technische Beschreibung.....	54
6 Diskussion	69
6.1 Kritische Auseinandersetzung mit dem Einsatz von Smartphone-Apps in der Suchtkrankenhilfe	69
6.1.2 Chancen.....	69
6.1.3 Risiken.....	71
6.1.4 Abgrenzung zur Software-Variante.....	72
6.2 Datenschutz	74
6.3 Kooperationen	75
6.4 Stärken der Studie	76
6.5 Schwächen der Studie	77
7. Fazit.....	79
Abbildungsverzeichnis.....	83
Quellenverzeichnis	84

1. Danksagung

Zuerst möchte ich mich bei meinem Betreuer, Herrn Professor Johannes Lohner, bedanken. Er hat mein Forschungsvorhaben von Anfang an unterstützt. Es ist auch seiner Leidenschaft für die Klinische Sozialarbeit zu verdanken, dass ich mich für dieses Masterstudium entschieden hatte. Außerdem ist es ihm gemeinsam mit Frau Professor Schiedermeier zu verdanken, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Fakultäten Sozialer Arbeit und Informatik, zustande gekommen ist.

Ich freue mich, dass mein Konzept bei allen betroffenen Akteuren Anklang gefunden hat. Ich bedanke mich bei meinem Forschungsteam. Die Kooperation mit Studierenden der Informatik hat großen Spaß gemacht und war eine Bereicherung für das komplette Forschungsvorhaben. In diesem Forschungssetting wurde bewiesen, dass interdisziplinäre Zusammenarbeit auf gleicher Augenhöhe, mit Wertschätzung und gegenseitigem Respekt stattfinden kann. Zu begrüßen ist außerdem die Bereitschaft verschiedener ExpertInnen, die zum Zwecke der Forschungsfrage, interviewt wurden. Bedanken möchte ich mich zudem bei meinen Freunden, die mich auf diesen Weg stets begleitet haben. Ihre haltgebende Funktion ist seit vielen Jahren eine wichtige Ressource für mich. Mein Dank richtet sich auch an meine Korrekturleserin, Frau Gerda Streit. Dank neuer Medien wurde die Masterarbeit während ihrer Aufenthalte in Afrika und Australien gegen gelesen. Das verleiht der Arbeit einen internationalen Touch.

Die Masterarbeit möchte ich meiner Familie widmen. Meiner Mutter, Antonella Roncolato, weil sie stets an mich glaubt und mir beigebracht hat, für meine Überzeugungen einzutreten. Meinem Vater, Brown Donkor, dessen Ausdauerkraft und Fleiß ich immer wieder bewundere. Meinem Bruder, David Roncolato Donkor, der Kampfgeist und Mut besitzt. Meiner Nichte, Olivia und ihrer Mutter Racheli von Hofacker, die mir sehr viel Freude bereiten und mich stets dazu bringen, Neugierde für das Leben zu entwickeln. Und schließlich, meinem Partner, Simon Heinz, der mit seiner Liebe tägliche Wunder in mir vollbringt.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Alkoholabhängigkeit in Deutschland

Alkohol ist in Deutschland eine legale stoffgebundene Droge. Gemäß der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen (kurz: DHS), lag der Alkoholverbrauch von Reinalkohol im Jahr 2010 bei 9,6 l pro Kopf (vgl. DHS 2012: 41). Die Reinalkoholmenge von 9,6 l ergibt umgerechnet 107,4 l Bier und 20,5 l Wein pro Einwohner im Jahr (vgl. ebd.: 42). Die Alkoholkultur in Deutschland kann im internationalen Vergleich wichtige Hinweise liefern. Eine umfangreiche und aktuelle Erhebung basierend auf Daten der Weltgesundheitsorganisation zeigt, dass Deutschland mit Rang 28 zu den Hochkonsumländern weltweit gehört (vgl. ebd.: 45). Zum Vergleich belegen die Länder Estland Platz 4, Polen Platz 15, Australien Platz 41, Italien Platz 51, China Platz 100 und Malta den letzten Platz mit Rang 120.

Eine weitverbreitete Alkoholkultur geht nicht nur mit Genuss und Feiern, sondern mit vielen gesundheitlichen Problemen in der Gesellschaft einher. Die AutorInnen Gaertner, Freyer-Adam, Meyer und John kamen im *Jahrbuch Sucht* der DHS (2012) nach Erhebung unterschiedlicher Daten zum Alkoholverhalten auf folgendes Fazit:

„Deutschland weist weltweit einen der höchsten Alkoholverbräuche in der Allgemeinbevölkerung auf. Dementsprechend sind die Zahlen alkoholbezogener Erkrankungen und Todesfälle, damit verbundener Kosten für die medizinische Versorgung und für die Lösung sozialer Probleme der Bevölkerung besonders hoch. Obwohl die Effektivität von Präventionsleistungen durch die Wissenschaft nahegelegt wird, wurden in Deutschland bisher außer der Sondersteuer auf spirituosenhaltige Alkopop-Getränke keine kohärenten Präventionsmaßnahmen umgesetzt. Es besteht dringender Handlungsbedarf für die Realisierung wissenschaftlich als sinnvoll belegter umfassender Prävention alkoholbezogener Erkrankungen und Todesfälle“ (ebd.: 59).

Laut dem Deutschen Ärzteblatt (2014) ist die Zahl der Alkoholabhängigen von 1,3 Millionen auf 1,8 Millionen gestiegen. Marlene Mortler, Drogenbeauftragte des Bundes (2013) betont, dass 9,5 Millionen Menschen Alkohol in gesundheitlich riskanter Art und Weise konsumieren: „Jedes Jahr sterben in Deutschland 74.000 Menschen an den direkten oder indirekten Folgen ihres

Alkoholmissbrauchs“. Alkoholabhängigkeit betrifft nicht nur die Erkrankten selbst, sondern auch ihr soziales Umfeld. Aus diesem Grund richten sich Therapieprogramme nicht nur an die primär Betroffenen:

„Die nahen Angehörigen Abhängigkeitskranker müssen damit zurecht kommen, dass das Familienleben durch die Alkoholkrankheit erheblich beeinträchtigt wird durch eine Vielzahl negativer Folgen und Verhaltensweisen, u. a. durch Unzuverlässigkeit, unberechenbare Stimmungsschwankungen von Reizbarkeit und Aggressivität bis zu Verzweiflung und Depression, Vernachlässigung und Rückzug [...], finanzielle Unsicherheit durch Arbeitslosigkeit und Schulden [...]" (Schwoon 2008: 28 f).

Verwandte oder Freunde können ohne alkoholkrank zu sein, sich ebenfalls in die Abhängigkeit der betroffenen Personen verstricken. Unter dem Stichwort Co-Abhängigkeit waren im Jahr 2012 bei Google vier Millionen Einträge registriert und beim Buch-Suchdienst Amazon 414 Angebote vorzufinden (vgl. Rennert 2012: 11). Addiert man die oben dargestellten Zahlen der Alkoholabhängigen mit den riskant trinkenden Menschen und dividiert diese mit der Zahl der Googlesucheingaben, folgen auf einen Alkoholkranken 2,8 co-abhängig-erkrankte Menschen. Die Alkoholsucht betrifft nicht nur Erwachsene, sondern auch junge Erwachsene und Jugendliche. Ein Auszug aus dem *Factsheet* der DHS (2009) verdeutlicht den Alkoholkonsum bei Jugendlichen:

- **Konsumeinstieg:** Zwei Drittel der 12- bis 15-Jährigen haben schon einmal Alkohol getrunken. Bei 16-Jährigen sind es über 90%, die schon einmal Alkohol getrunken haben (BZgA 2009)
- **Trinkmengen:** Die durchschnittlich konsumierte Menge Alkohol bleibt bis 16 Jahre eher gering. Dann steigt sie sprunghaft an und bleibt auch danach auf diesem Niveau (BZgA 2009).
- **Regelmäßiger Konsum:** Der Alkoholkonsum verfestigt sich bei den 16- bis 17-Jährigen soweit, dass ein Drittel regelmäßig trinkt, also mindestens einmal pro Woche (BZgA 2009).
- **Riskanter und Gefährlicher Konsums:** 8,2% der 12- bis 17-Jährigen trinkt Alkoholmengen, die auch für gesunde Erwachsene riskant oder gefährlich sind (BZgA 2009).
- **Alkoholvergiftungen:** Die Zahl der Jugendlichen, die mit akuter Alkoholvergiftung im Krankenhaus behandelt werden müssen, ist zwischen 2000 und 2008 um 170 Prozent gestiegen (von 9.514 auf 25.709)(Destatis 2000-2009).

Alkohol ist bei Jugendlichen, die aktiv und exzessiv trinken, ein großes Problem. Aber auch der passive Alkoholkonsum führt zu Folgeschäden. Damit gemeint sind Kinder und Jugendliche aus alkoholerkrankten Familien, die aufgrund der Belastungen in ihrem Umfeld, in ihrer körperlichen und psychosozialen Entwicklung so beeinträchtigt werden können, dass sie im Erwachsenenalter deutliche Defizite davon tragen.

Alkoholismus ist als Phänomen in einem historisch-kulturellen Kontext zu sehen. Alkoholische Getränke wie z. B. Wein werden schon seit dem frühen Mittelalter konsumiert: „Als erste entdeckten die Araber im Mittelalter, dass der berauschende Stoff im Wein destilliert und dadurch konzentriert werden konnte. Sie nannten ihn Alkohol, „das Feinste von etwas“ (Schmidbauer, vom Scheidt 1997: 37). Erst Autoren im späteren Jahrhundert erkannten nach und nach die Schattenseiten des Alkohols und dessen Missbrauchs (vgl. ebd.: 58). Der entscheidende Ausbau des Suchthilfesystems in Industrieländern entstand in den 50er Jahren des 20. Jahrhunderts (vgl. Klein 1999: 3). Mit fortschreitenden Erkenntnissen über Suchtentstehung, Suchtdruck, und Suchtformen haben sich die Therapiemethoden im Laufe der Zeit angepasst, verändert und weiterentwickelt. Alkoholabhängigkeit ist in allen Bildungsschichten und Altersgruppen vorzufinden, denn auch „in der Gruppe ab 65 Jahre finden sich [...] hohe Anteile von Personen, die gesundheitsriskant Alkohol konsumieren“ (DHS 2012: 49). Aus diesem Grund ist die Beschäftigung mit Alkoholismus ein gesamtgesellschaftliches Querschnittsthema, dessen Therapiebehandlung interdisziplinär gedacht werden muss. Zum Beispiel finden in der Suchthilfe neben Selbsthilfegruppen, Psycho- und Verhaltenstherapie auch Onlineberatungen statt. Das Internet ist in den letzten 15 Jahren ein wichtiger Bestandteil im Alltag geworden, denn der Anteil der Internet-NutzerInnen in Deutschland liegt bei 76,5 % (vgl. Statista.de 2014 a). Im Jahr 2001 waren es noch 37 % (vgl. ebd.). Der rasante Anstieg verdeutlicht, dass zwischenmenschliche Kommunikation zum Großteil auf digitaler Ebene stattfindet. Zahlreiche User betreiben social networking wie *facebook* und *twitter* oder kommunizieren über Smartphone-Anwendungen wie z. B. *whatsapp*, bei dem das Verschicken von Bildern, Text- und Voicenachrichten meist kostenlos ist.

Der Markt boomt und technische Errungenschaften scheinen fast täglich Einzug in das Alltagsleben zu finden. Dazu gehören Smartphones, Tablets, All-in-one Touchscreen Monitore u.v.m. Aktuelle Zahlen zu Smartphone-NutzerInnen legen dar, wie der Trend binnen weniger Jahre gestiegen ist. Von 2009 bis 2013 ist die Anzahl der Smartphone-NutzerInnen von 6,3 Mil-

lionen auf 37,4 Millionen gestiegen (vgl. ebd. 2014 b). Hinsichtlich der Altersverteilung besitzen in Deutschland rund 20 % der 35 bis 44-Jährigen, 14 % der 18 bis 24-Jährigen und 19 % der 45 bis 55-Jährigen ein Smartphone-Gerät. (vgl. ebd. 2014 c). Smartphones bieten unterschiedliche Möglichkeiten wie z. B. mobiles Internet, E-Mails-Empfang, Verbindung mit sozialen Netzwerken, Musik-und Videoplayer, Navigationssysteme (GPS) oder mobile Anwendungen (=Apps). Die Smartphone-Apps werden über ein Betriebssystem wie z. B. Android ausgeführt und können vor dem Hintergrund diverser Bausteine verschiedene Optionen bereitstellen (vgl. Louis & Müller 2014: 48). Bei älteren Handygeräten sind Anwendungen wie z. B. Taschenrechner meist vorinstalliert und können nicht entfernt werden, wohingegen Apps auf individuelle Bedürfnisse hin entwickelt oder ausgewählt werden können (siehe hierzu Kloss 2011). Im Jahr 2012 wurden in Deutschland 1,7 Milliarden Apps heruntergeladen (vgl. Statista.de 2014 d). Zu den beliebtesten Appskategorien gehören Spiele, Bildung, Unterhaltung, Lifestyle, Business, Bücher, Hilfsmittel, Reisen, Musik, Sport, Produktivität oder Nachrichten (vgl. ebd. 2014 e). Auf dem US-amerikanischen Markt laufen Smartphone-Applikationen auch für den Gesundheitsbereich an (siehe Kapitel 3.1).

Zusammenfassend kann bei den oben dargestellten Fakten festgestellt werden, dass sich der Mensch im 21. Jahrhundert über unterschiedliche Kanäle und Medien verständigt. Da die Klinische Sozialarbeit eine Arbeit am Menschen und vor allen Dingen mit dem Menschen ist, sollten die Therapieangebote stets angepasst werden. Bei der Behandlung von alkoholabhängigen Menschen könnte der Einsatz moderner Medien beispielsweise von Smartphones ein neuer Schritt sein.

2.2 Abhängigkeit und Rückfall

Die Weltgesundheitsorganisation (kurz: WHO) versteht unter Abhängigkeitssyndrom ein unbezwingbares Verlangen nach einer bestimmten Substanz (damit sind stoffgebundene Süchte wie z. B. Alkohol, Medikamente etc. gemeint) oder nach einem bestimmten, nicht steuerbaren Verhalten (damit sind stoffungebundene Süchte wie z. B. Arbeitssucht, Liebessucht und Spielsucht gemeint) (WHO 2002: 1). Eine alternative Definition verfasst der Psychiater und Mediziner Klaus Dörner (vgl. 2002: 242), indem er Abhängigkeit als einen Versuch der Anpassung, Angstabwehr und Selbsthilfe beschreibt. Dabei herrscht bei Betroffenen der Glaube, dass

das Negative wie beispielsweise Leid, Angst, Unerwartetes und Schmerz nicht zum Leben gehört und wegorganisiert werden könne, um ein Leben ohne Tiefen aber mit Höhen mühelos genießen zu können (vgl. ebd.: 237). In der klinischen Diagnostik liegt gemäß der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (kurz: ICD-10) ein Abhängigkeitssyndrom vor, „wenn irgendwann während des letzten Jahres drei oder mehr der folgenden Kategorien gleichzeitig vorhanden waren:

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom [...] bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahmen der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.
4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichten Wirkungen der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich (eindeutige Beispiele hierfür sind die Tagesdosen von Alkoholikern und Opiatabhängigen, die bei Konsumenten ohne Toleranzentwicklung zu einer schweren Beeinträchtigung oder sogar zum Tode führen würden).
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen, wie z. B. Leberschädigung durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es sollte dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist“ (Internationale Klassifikation psychischer Störungen 2011: 115).

Die dargestellten Definitionen zur Abhängigkeit verdeutlichen die Tragweite dieser Erkrankung, so dass ein Rückfall bereits vorprogrammiert ist. Abstinentes Verhalten ist eine permanente Bedrohung, die sowohl während als auch nach einer Therapie auftritt (vgl. Leonhardt & Mühler 2010: 15). Als Erklärungsansatz kann hierfür das sogenannte Suchtgedächtnis herangezogen werden. Bei einem körperlichen Alkoholentzug verlangt das Gehirn weiterhin nach Alkohol, denn „durch den regelmäßigen Alkoholabusus [wird] das hirneigene Belohnungssystem zur Sucht erzogen [...]“ (ebd.: 47). Aus dieser

Erkenntnis heraus, werden in einer Suchttherapie Rückfallgefahren mit KlientInnen erarbeitet, weil das Suchtgedächtnis nicht gelöscht werden kann. Das Trinken ist für den Alkoholabhängigen zu einer Gewohnheit geworden, die nicht einfach abzulegen ist. Der erkrankte Mensch kann sich aber ein Bewusstsein antrainieren, das ihn auf Gefahren aufmerksam macht.

2.2.1 Therapie und Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Gesetzlicher Hintergrund

Die Versorgungslandschaft im Rahmen der Suchthilfe ist in Deutschland sehr differenziert aufgestellt. Aktuell gibt es über 1300 Beratungsstellen- und -dienste, die u. a. Entzug und medizinische Rehabilitation anbieten (vgl. DHS 2012: 193). Darüber hinaus sind je nach Art der Abhängigkeit und Strukturen unterschiedliche Einrichtungsformen vorzufinden wie z. B. Adaptionseinrichtungen, Ambulantes Betreutes Wohnen, Stationäre Einrichtungen der Sozialtherapie, Psychiatrische Kliniken, Selbsthilfegruppen, Ambulante Rehabilitation oder niedrigschwellige Angebote (vgl. ebd.: 198).

Die gesetzliche Grundlage für die Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen ist im Sozialgesetzbuch (kurz: SGB) verankert. Die Zuständigkeit für die Behandlung suchtkranker Personen obliegt den gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung (vgl. ebd.). Die sozialrechtlichen Ziele sind u.a. Gesundheitsförderung, Unterstützung bei der Aufnahme oder Beibehaltung einer Erwerbstätigkeit und Sicherung des Lebensunterhalts (SGB II), Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe (SGB IX), Führung eines menschenwürdigen Lebens (SGB XII) und Behandlung von Krankheit und Rehabilitation zur Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit (SGB V und VI) bestimmt (vgl. ebd.: 196). Grundsätzlich handelt es sich bei der Suchthilfe um eine staatliche Sozialhilfe, welche im SGB XII (2013: §1, S.1 bis 2) wie folgt beschrieben wird:

„Aufgabe der Sozialhilfe ist es, den Leistungsberechtigten die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde des Menschen entspricht. Die Leistung soll sie so weit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; darauf haben auch die Leistungsberechtigten nach ihren Kräften hinzuwirken [...]“.

Ziel ist demnach das Erreichen eines menschenwürdigen Lebens, bei dem KlientInnen im Rahmen ihrer Ressourcen und Strategien mitarbeiten. Das heißt, ob dieses Leben Suchtmittelabhängig oder Suchtmittelfrei geführt wird, ist in erster Linie nicht entscheidend für den Leistungsanspruch. Vielmehr geht es um die Teilhabe an Arbeit und am gesellschaftlichen Leben (vgl. DHS 2012: 197).

Auf diesen dargestellten Grundlagen bauen Behandlungsmaßnahmen auf, ganz gleich, ob es sich um psychoanalytische, systemische oder verhaltenstherapeutische Maßnahmen handelt. Die Finanzierung wird in vielen Fällen mittels Formblätter wie in etwa Sozialberichte beantragt und von gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherungen sichergestellt. Dauer und Umfang werden im Einzelfall festgelegt, wobei maximal 16 Wochen stationäre Therapie und 1 Jahr mit 2 Std in der Woche ambulante Therapie genehmigt werden können (vgl. Deutsche Rentenversicherung 2006: 11)

Therapiephasen

In der Suchttherapie gibt es unterschiedliche Phasen der Behandlung. Eine klassische Therapiekette gestaltet sich wie folgt:

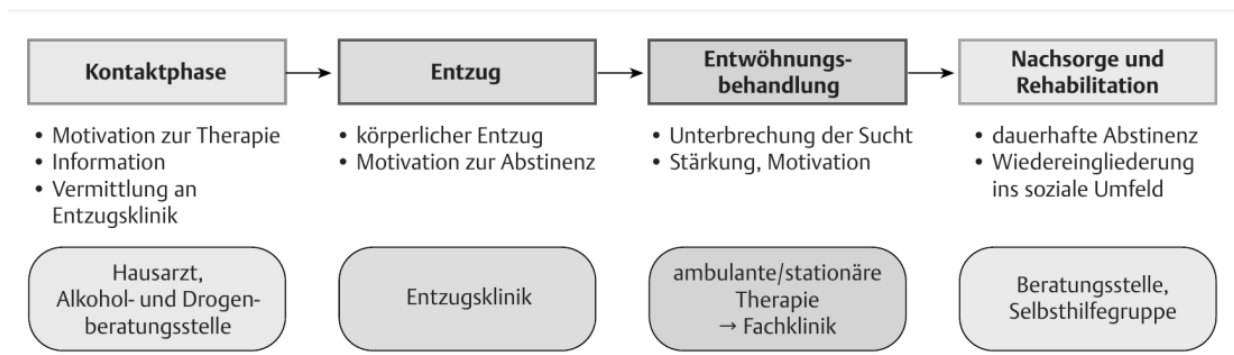


Abb 1: Therapiekette, Förstl & Leucht 2012: 58

Das Modell dient der Veranschaulichung einer möglichen Verlaufskette bei Suchtpatienten. Abweichungen können beispielsweise dann erfolgen, wenn Betroffene die Phase des Entzugs überspringen, weil sie keine Entzugsscheinungen haben (siehe Kapitel 2.2). In der Kontaktpphase geht es um Informationsvermittlung bezüglich Behandlungsmaßnahmen und um Stärkung der Motivation von betroffenen PatientInnen; im Entzug erfolgt bei starken Formen des Entzugssyndroms eine medikamentöse Behandlung; in der Entwöhnungsphase wird entweder in stationären oder in ambulanten Einrichtungen

gen versucht Abstinenz zu fördern (vgl. Förstl & Leucht 2012: 64-64). Je nach Therapieschule gibt es unterschiedliche Erklärungstheorien wie Sucht entsteht und wie diese Krankheit behandelt werden kann.

Verhaltenstherapeutische Ansatz

Auf Basis des klassischen und operanten Konditionierens, sowie auf der des Modell-lernens, kann Sucht als erlernte Strategie betrachtet werden, die es zu bearbeiten gilt (vgl. Liel 2013: 4). Zum Beispiel hat der suchtkranke Patient gelernt, sich in unangenehmen Situationen per Alkoholfuhr zu regulieren, denn „die eigene Befindlichkeit günstig zu beeinflussen ist ein Grundbedürfnis aller Lebewesen“ (Schneider 1995: 122). Aus diesem Grund liegen die Schwerpunkte einer Verhaltenstherapie im Hier und Jetzt, im beobachtbaren Verhalten und in der therapeutischen Intervention (vgl. Vollmer 1995: 31). Klassische verhaltenstherapeutische Therapiemaßnahmen beinhalten aktive Informationsaneignung, Identifikation kritischer Trinksituationen, Exposition in vivo (punktuelle Abstinenzübung), Rückfallbewältigung und Selbstbeobachtung wie das Führen eines Tagebuches oder Konsumprotokolls (vgl. Lindenmeyer 2002: 115 ff). Ziel ist das eigene Verhalten einzuschätzen und zu kontrollieren, indem KlientInnen ihre Aktionen beherrschen lernen.

Psychoanalytischer Ansatz

In der psychoanalytischen Sichtweise entsteht Sucht aufgrund psychodynamischer Prozesse, die in der Kindheit verwurzelt liegen (vgl. Liel 2013: 4). Spannungszustände im „Ich“ wie z.B. Abwehr von Angst, Depression oder Kompensation von Minderwertigkeitsgefühlen, werden durch Suchtmittelkonsum reduziert (vgl. ebd.). Heigl-Evers erklärt, dass Spannungen zwischen innerer und äußerer Realität auftreten, die über Wahrnehmungsorgane optisch, akustisch, olfaktorisch, taktil und thermisch aufgenommen werden (vgl. Heigl-Evers 1995: 11 ff). Dabei kommt es zur Filterung und Selektion von einer Vielzahl von Reizen, bei denen die Reize bevorzugt werden, die das Überleben des Individuums sichern (vgl. ebd.). Die innere Realität, also das subjektive Erleben, ist in diesem Zusammenhang die Steuerungsstruktur für das individuelle Handeln mit sich und der Außenwelt (vgl. ebd.). Wenn diese Struktur weniger differenziert ist, kann es zu dyadischen Beziehungsmustern kommen, was wiederum bedeutet, es kommt zu einer starken Verzerrung oder Deformierung der Außenwelt, um eigene narzisstische Bedürftigkeit und Beziehungswünsche zu befriedigen (vgl. ebd.). Im therapeutischen Pro-

zess gilt es dem Patienten seine diffuse Wahrnehmung auf die äußere Realität zu entzerren und ihm seine Affekte zugänglicher zu machen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund ist der dialogische Prozess, also die professionelle Beziehungsgestaltung zwischen Therapeut und Klient, das Kernstück psychoanalytischer Therapie. Allerdings hat sich eine *reine* tiefenpsychologische und psychoanalytische Herangehensweise in der Behandlung von suchtmittelabhängigen Menschen nicht bewährt (vgl. Petzold, Scheiblich & Thomas 2006: 62).

Systemischer Ansatz

Der systemische Standpunkt sieht die Ursachen für Sucht im System der Betroffenen verankert, denn „Sucht entsteht, da das lebensweltliche System dies begünstigt“ (Liel 2013: 4). Zum Beispiel können über Kommunikationsabläufe in der Herkunftsfamilie bestimmte Muster oder Rollen entstehen. In der systemischen Behandlung pointiert Mickley (vgl. ebd. 1995: 79), dass BehandlerInnen über ihr therapeutisches Tun, die Realität von KlientInnen ebenfalls mit konstruieren. Darum ist es erforderlich die Perspektive vom Klienten-System auf das Klienten-Therapeuten-System auszuweiten (vgl. ebd.). Wenn diese zwei Systemkreise betrachtet werden, können Regulationsabläufe durchschaut, Lösungsversuche und ihre Wirkungen reflektiert und Ideen zu Veränderungsmöglichkeiten gesammelt werden (vgl. Grabbe 1995: 145). In der Systemtherapie geht es demnach um die Analyse von betroffenen Patienten und ihre Systeme. Das Suchtmittel ist somit eine Bewältigungsstrategie, die aufgrund einer unbefriedigenden oder unerträglichen Störung im System heraus resultiert (Familie, Partnerschaft, Arbeitsplatz).

Bio-Psycho-Sozialer Ansatz

Die Klinische Sozialarbeit hat ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis bei dem die Ursache für eine Erkrankung auf soziale, psychische oder körperliche Systemstörungen des Individuums begründet liegt (vgl. Pauls 2011: 32). Bei der Behandlung nach einem bio-psycho-sozialen Ansatz werden alle relevanten Faktoren bearbeitet, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken können. Pauls konstatiert, dass die besten Heilmittel in der sozialen Unterstützung und Integration liegen (vgl. ebd.). Dabei stellt das Suchtdreieck ein geeignetes Erklärungsmodell für die bio-psycho-soziale Betrachtungsweise von Abhängigkeitserkrankungen.

Wilhelm Feuerlein, Leiter der Psychiatrischen Poliklinik des Max-Planck-Instituts in München, sieht im Alkoholismus ein komplexes Phänomen, welches nicht mit monokausalen Modellen erklärt und behandelt werden kann (vgl. Feuerlein 2008: 18). Zudem stellt er fest, dass die drei Faktorengruppen Droge, Person und Sozialfeld sich in unterschiedlicher Weise gegenseitig beeinflussen können (vgl. ebd.). Die Betrachtung des Wirkungsspektrums bestimmter Drogen (z. B. Alkohol hat eine dämpfende und Nikotin eher eine stimulierende Wirkung) ist ebenso wichtig, wie die persönliche Bewertung und gesellschaftliche Akzeptanz der Droge. Da Sucht auf unterschiedlichste Weise entstehen kann, sind die Voraussetzungen hinsichtlich der Behandlungsart zu prüfen. Wenn das Umfeld Sucht begünstigt, kann es für den Behandlungserfolg notwendig sein, den Indexpatienten aus seinem sozialen Umfeld herauszunehmen. Würde dieser Lösungsweg jedoch einen sehr starken Einfluss auf den Selbstwert bedeuten, müsste nach Alternativlösungen gesucht werden bzw. hätte die Stärkung des Selbstwertes Priorität, bevor andere Maßnahmen ergriffen werden könnten. Darüber hinaus veranschaulicht das Suchtdreieck, welche Helferinstanzen involviert sind oder welche individuellen Problemlösungsstrategien bereits ausprobiert wurden. Das Besondere am Suchtdreieck ist, dass die Suchtproblematik nicht nur am Individuum festgemacht wird, sondern auch die Umwelteinflüsse, die auf den Menschen einfallen, aufgenommen werden:

Sucht kann somit als eine multikausale Erkrankung mit multifaktorieller Genese verstanden werden. Aufgrund der unterschiedlichen therapeutischen Zugänge und der Komplexität von Abhängigkeitserkrankungen, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von z. B. Klinischen Sozialarbeitern, Ärzten, Psychologen, Psychoanalytikern oder Ergotherapeuten unerlässlich, wobei auch die Selbsthilfegruppen von tragender Wichtigkeit sind (vgl. ebd.: 90). Laut Feuerlein stellt der geeignete Umgang mit Rückfällen eine besondere Herausforderung in der Therapie dar (vgl. ebd.: 89). Die unten stehende Abbildung veranschaulicht die verschiedenen Einflussfaktoren für die Entstehung von Sucht:



Abb.2 Suchtdreieck, Institut Suchtprävention 2014

2.2.2 Rückfallhäufigkeiten und Rückfallprophylaxe

Rückfallhäufigkeiten

Der Rückfall ist eines der zentralen Themen bei abhängigen Menschen. Bezüglich der Rückfallquoten erscheint der Faktor Behandlungsdauer ein entscheidender Indikator zu sein. Einer Studie zufolge, führte eine Entgiftungsbehandlung von 1 bis 3 Wochen dazu, dass 84% der entgifteten PatientInnen nach einem Jahr der Behandlung rückfällig wurden (vgl. Altmannsberger 2004: 19). Bei stationärer Therapie wurden ein Drittel der KlientInnen nach einem Jahr rückfällig. (vgl. ebd.). Je länger das Behandlungsende zurück liegt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit erneut Alkohol zu konsumieren.

Körkel & Schindler (2003: 7) haben hierzu Katamneseergebnisse aus dem deutschsprachigen Raum zusammengetragen und wie folgt dargestellt:

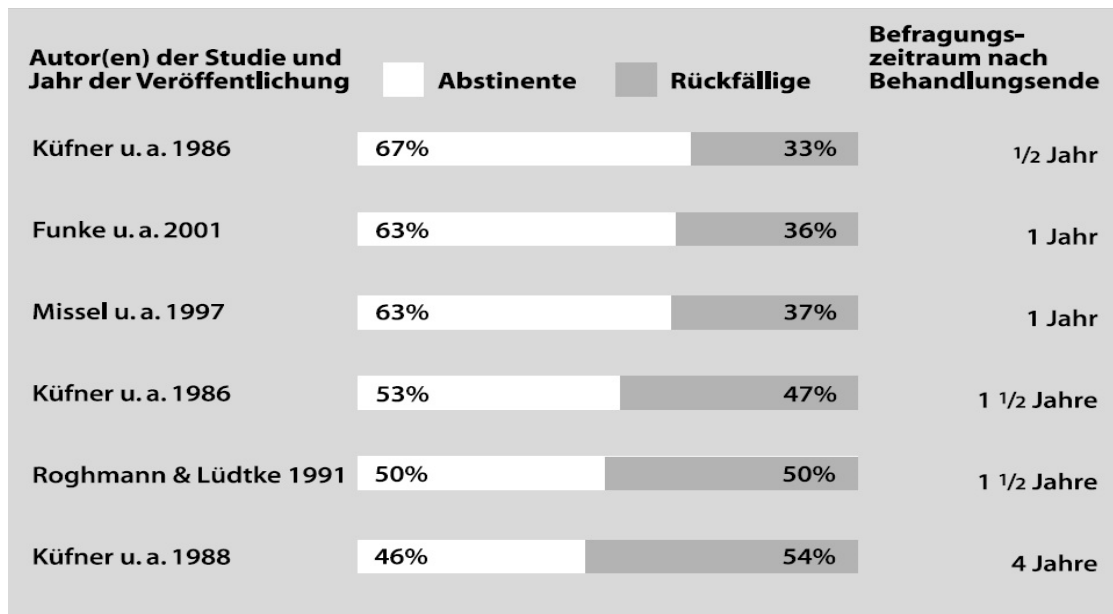


Abb. 3 Rückfallhäufigkeit nach stationärer Behandlung, Körkel & Schindler 2003

Die Daten zeigen, dass die geringste Rückfallquote mit 33 % nach einem halben Jahr und die höchste Rückfallquote mit 54 % nach vier Jahren Therapieende auftritt. Die Abstinenzquoten und katamnesischen Ergebnisse entsprechen den Katamnese Standards 3 der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (kurz: DGSS 3). Hier wurden die Konsumangaben von den Personen ermittelt, die nach Behandlungsende Angaben zum Trinkverhalten machten (vgl. ebd.:3). Zudem liegen den Ergebnissen Daten von Behandelten zu Grunde, die ohne Nachbefragungsangaben als rückfällig eingestuft werden (Katamnese Standard 4, kurz: DGSS 4).

Die Rückfallquote bei ambulanter Entwöhnungsbehandlung ist als etwas geringer einzustufen, andererseits werden hier vorwiegend KlientInnen mit besseren Voraussetzungen wie z. B. festem Wohnsitz oder stabilem sozialem Netzwerk behandelt (vgl. ebd.: 9). Ein bestehendes Problem nach stationären Behandlungsmaßnahmen ist, dass oft keine zeitnahe ambulante Anschlussbehandlung realisiert werden kann (vgl. Bauer et. al 2011: 148). In dieser Überbrückungsperiode steht den PatientInnen keine professionelle Unterstützung zur Verfügung (vgl. ebd.). Diese Lücke im Versorgungssystem kann wiederum Rückfälle begünstigen, da die Betroffenen nach stationärer Behandlung

offensichtlich nicht ausreichend stabilisiert sind, um mit den Herausforderungen des Alltags umgehen zu können.

Rückfallprophylaxe

Es gibt unterschiedliche wissenschaftliche Erkenntnisse, wie Rückfälligkeit verhindert werden kann. Ein weitverbreitetes Rückfallpräventionsmodell ist das von Marlatt & Gordon, welches auf Lerntheorien von Bandura aufbaut und im Folgenden drei Schritte des Rückfalls beschreibt (vgl. Altmannsberger 2004: 21-23):

1. Rückfall-Vorläufer: Betroffene glauben, dass sie über ihren Entschluss mit dem Trinken aufzuhören, in der Lage sind zukünftig nicht mehr in Versuchung zu geraten. Trotzdem kann ein dauerhaft unausgewogener Lebensstil, bei dem Betroffene in alte Gewohnheiten zurückfallen, das Rückfallrisiko erhöhen. Dabei entsteht eine Annäherung an Risikosituationen, die zu scheinbar harmlosen Entscheidungen führen wie z. B. in die Stammkneipe zu gehen oder Ausreden zu finden, nicht mehr in die Selbsthilfegruppe zu gehen.

2. Konfrontation mit der Risikosituation: Das Risiko eine Rückfalls erhöht sich für Betroffene, wenn sie in kritische Situationen geraten. Risikosituationen lassen sich in emotionale Beeinträchtigung (z. B. Ärger, Angst), soziale Konflikte (z. B. Ehekrise) oder soziale Verführung (z. B. Volksfest) einordnen. Wenn die eigene Kompetenzerwartung sinkt (z. B. ich bin auch ohne Alkohol entspannt), kommt es zu einer erhöhten Konsequenzerwartung (z. B. wenn ich trinke, fühle ich mich entspannter).

3. Psychische Verarbeitung von Fehlritten: Das erste Glas ist getrunken. Hier kommt es darauf an, wie Betroffene mit diesem Fehltritt umgehen. Verspüren sie eine starke Abstinenzverletzung, kann es zu massiven Scham- und Schuldgefühlen kommen, die wiederum weiteres und exzessives Trinken veranlassen. Wird das Glas als Fehltritt anerkannt und abgebremst, kann der Rückfallverlauf abgebremst werden. Mittels Selbstverbalisation wird ein konstruktiver Umgang mit Fehlritten erarbeitet. Hierbei geht es darum, die Rückfallgefahr zu reduzieren und dem *relapse* entgegen zu wirken. Der unausgeglichene Lebensstil wird als Ursache für den Rückfall gesehen, denn aufgrund der Bedürfniskompensation wird der Griff zum Alkohol relativiert.

Die Erwartung auf Besserung über Substanzmittel steigt, während die Folgen des Trinkens verblassen.

Die therapeutische Bearbeitung von Rückfällen wird im nach folgendem Schaubild dargestellt:

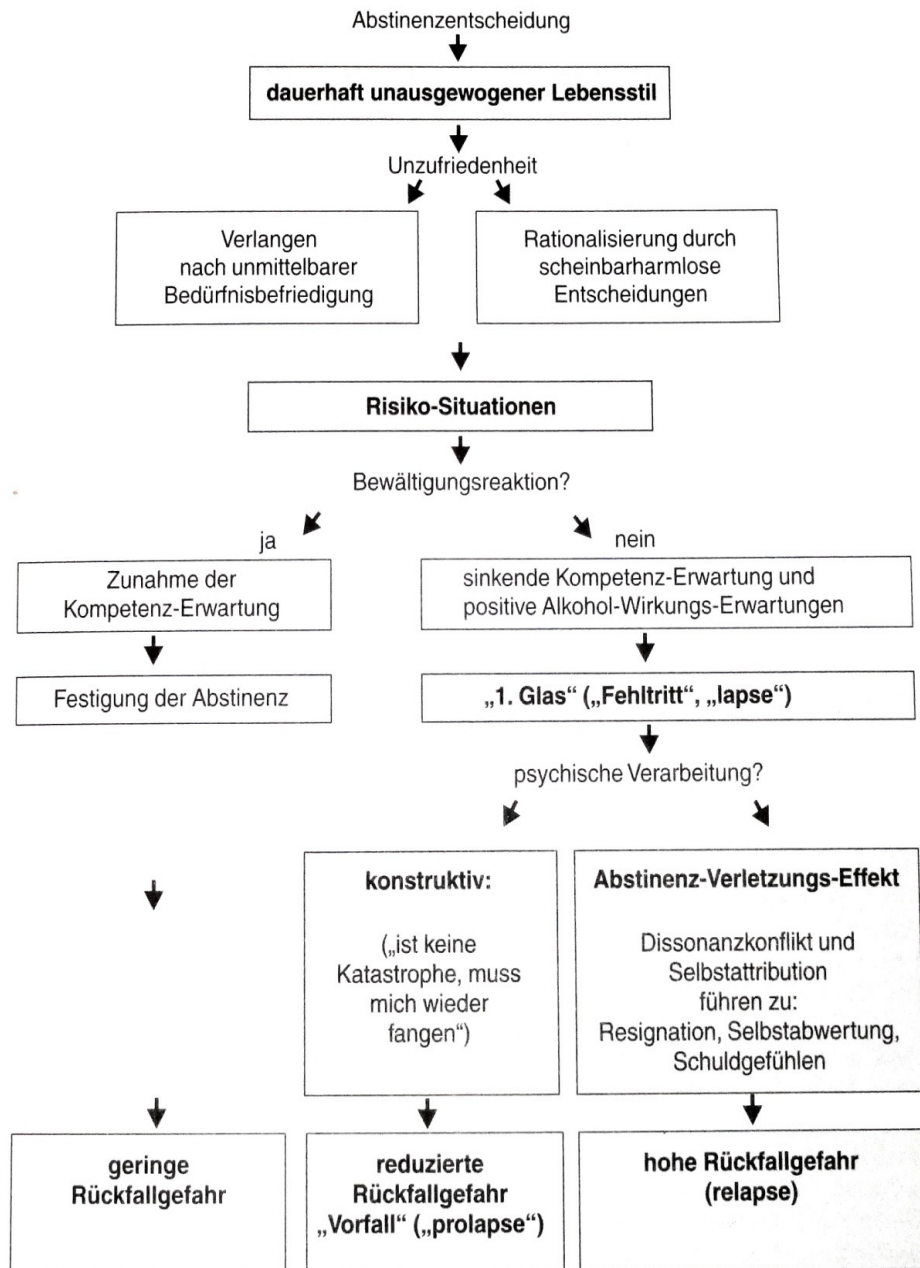


Abb 4: Rückfallprozess, Altmannsberger 2004: 21

Förstl und Leucht (vgl. 2012: 66) betrachten Rückfälle als Teile einer Therapie, welche früh erkannt und abgefangen werden müssen. Dem schließt sich auch Altmannsberger (vgl. 2004: 21) an, indem er einen Rückfall nicht als Misserfolg, sondern als Chance für eine erfolgreiche Therapie betrachtet. Somit ist auch die Haltung von Therapeuten und Selbsthilfegruppen entscheidend, um einen konstruktiven Umgang mit Fehlritten, wie sie von Marlatt & Gordon erklärt werden, zu erlernen. Hierzu müssen Betroffene Rückfälle beschreiben dürfen, um sie selbst verstehen zu können. Im Bereich der Rückfallprophylaxe gibt es nach Förstl & Leucht (vgl. 2012: 65) zwar unterschiedliche Elemente, allerdings werden in der Behandlung Alkoholkranker kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken bevorzugt. Dazu gehören die Erarbeitung rückfalltypischer Situationen und die Entwicklung von Bewältigungsstrategien, aber auch die Einübung von Selbstmanagementstrategien wie z. B. Kompetenz- oder Entspannungstraining (vgl. ebd.: 66).

Zu erwähnen ist an dieser Stelle die achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention von Bowen, Chawla & Marlatt (vgl. 2012: 30), in der Techniken der achtsamen Wahrnehmung hinsichtlich Auslösern und automatischen Reaktionen erlernt werden, um aus dem Kreislauf schädlicher Verhaltensweisen befreit werden zu können. Zu diesem Zwecke entwickelten die Autoren das MBRP-Programm mit unterschiedlichen Einheiten wie z. B. Meditations-, Atem- und Triggerübungen, bei dem die Forschungsergebnisse hinsichtlich des Programms positiv zu betrachten sind (vgl. ebd.: 47 f). Auch die kognitiv-behaviorale Rückfallprävention nach dem Modell von Marlatt & Gordon wurde auf ihre Wirksamkeit hin geprüft. Dabei wurde eine signifikante Wirksamkeit v. a. bei Alkoholabhängigen bewiesen, wobei rückfallpräventive Kompetenzen stets einer Auffrischung bedürfen, damit sie längerfristig bestehen bleiben (vgl. Altmannsberger 2004: 30). Therapieinhalte müssen demnach von Betroffenen stets wiederholt werden, damit das Erlernte nicht in Vergessenheit gerät und einem Rückfall entgegengewirkt werden kann. Hierzu erfahren alkoholabhängige Menschen, dass sie bewusste und aktive Entscheidungen treffen können. Die Schlüsselkompetenz ist das antrainierte Selbstmanagement hinsichtlich Risikosituation und innerer Gefühlswelt.

2.3 Forschungs- und Entwicklungsstand zum Einsatz neuer Medien in der Behandlung von Alkoholabhängigkeit

Die vorliegende Masterarbeit setzt den Fokus auf neue Behandlungsmethoden im Rahmen der Rückfallprophylaxe in der Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen. Die Soziale Arbeit erfährt seit vielen Jahren Wandlungsprozesse. Dazu gehört nicht nur die Ökonomisierung Sozialer Dienste, die aufgrund staatlicher Einsparungen erfolgt und Kürzungen in vielen Bereichen zur Folge hat, sondern auch der Einsatz moderner Technologien in der Sozialen Arbeit.

2.3.1 Einsatz neuer Medien in der Suchtkrankenhilfe

Das Internet scheint ein Raum zu sein, indem menschliche Bedürfnisse bezüglich Wissenssammlung und Kommunikation abgedeckt werden. Die Zahlen der Internet-User wurden bereits unter Kapitel 2.1 dargestellt. In der praktischen Realität suchtkranker Menschen ist der Zugang zu Anschlussbehandlungen aufgrund langer Wartezeiten, langer Anfahrtswege oder fehlender Anonymität, oft erschwert. Dieses Problem könnte mit der Nutzung des Internets bewältigt werden. Der Begriff E-Mental-Health hat sich in der Fachwelt der Bezugswissenschaften Klinischer Psychologie/Psychotherapie etabliert und meint das Zusammentreffen digitaler Medien und psychischer Gesundheit (Eichenberg 2011: 103). So hat sich auch die Soziale Arbeit in den vergangenen Jahren, auf den Weg gemacht, das Internet für sich zu nutzen.

Eine innovative Methode in der Nachsorge suchtkranker Menschen ist die Online-Beratung, die als computergestützte Beratung definiert wird (vgl. Ploil 2009: 9).

Ploil (vgl. ebd.) unterscheidet dabei synchrone (zeitgleiche) und asynchrone (zeitversetzte) Kommunikation. Ersteres meint E-Mail-Beratung, bei der über das Geschriebene nachgedacht werden kann und letzteres meint Chat-Beratung, bei der mehrere TeilnehmerInnen Live-Gespräche führen können. Die Kommunikation im Netz gestaltet sich somit unabhängig von Zeit und Raum. Es entstehen keine Kosten für Anfahrten und die Kommunikation wird sekundenschnell an den Empfänger übertragen. Zu beachten ist, dass die

digitale Kommunikation im Netz eigene Regeln verfolgt. Ein Beispiel hierfür ist die im Netz entstandene Internetsprache, die oft in Chat-Räumen genutzt wird. Detlef Kaenders (vgl. 2001: 18) spricht hier von einer dudenlosen Schreibkultur, die aus neuen Wörtern, Abkürzungen oder ungewöhnlichen Kürzeln besteht. Sinn und Zweck dieser Schreibkultur ist menschliche Empfindungen annähernd in Textform darzustellen (vgl. ebd.). Dennoch kann non-verbale Kommunikation und die Komplexität von Emotionszuständen hiermit nicht abgedeckt werden. Die nachfolgende Abbildung verschafft einen Überblick über die gängige virtuelle Sprache:

Netspeak		Deutsche Abkürzungen	
Emoticons		mfg	Mit freundlichen Grüßen
:-) oder :)		<g>	grinsen
:-)		DAU	dümmster anzunehmender User
:-(oder :(		Englische Abkürzungen	
:-(		FAQ	frequently asked questions (engl.: häufig gestellte Fragen)
:-O		asap	as soon as possible (engl.: so bald als möglich)
:-o		btw	by the way (engl. übrigens, nebenbei gesagt)
-#		fyi	for your information (engl.: zu ihrer information)
:-x		imho	in my humble opinion (engl.: meiner bescheidenen Meinung nach)
[]		lol	laughing out loud (engl.: lautes Gelächter)
%(-)		cu	see you (engl.: wir sehen uns)
Wortschöpfungen		cul8r	see you later (engl.: wir sehen uns später)
händereib	Schadenfreude	b4	before (engl.: breites grinsen)
lach	Lachen	<g>	grin (engl. grinsen)
pfeif	Verlegenheit	<bg>	big grin (engl. breites grinsen)
hüstel	Verlegenheit	<g,d&r>	grin, duck and run (engl. grinsen, ducken und wegrennen)
grins	Spaß	<s>	smile (engl. lächeln)
schneuz	Trauer		
mampf	Essen		
grrrr	Wut		
fomp	Bierflasche öffnen		
krrrk	Feuerzeug für die nächste Zigarette		
wink	Verabschiedung		
hahahaha	Lachen		
PLONK	Ich lese ab jetzt deine Artikel nicht mehr		

Abb.5: Netzgeflüster, Kaenders (2001: 19)

Mit diesem Verständnis der Internetregeln werden Chat-Beratungen mittels Chat-ModeratorInnen geleitet. Ploil (2009: 72) vergleicht diese Aufgabe mit den Moderationsaufgaben und Herausforderungen von Selbsthilfegruppen:

„Die TeilnehmerInnen bestimmen Themen und Inhalte. Sie stellen sich gegenseitig Informationen zur Verfügung. Sie unterstützen sich gegenseitig, erzählen von ihren Erfahrungen. Die moderierenden BeraterInnen gehen hier eine schwierige Gratwanderung. Es gilt die Selbsthilfekräfte zu fördern und zu unterstützen, die einzelnen TeilnehmerInnen vor gruppenspezifischen Prozessen (z. B. Sündenbocksyndrom), Falschinformation und unbeantworteten Fragen zu schützen“.

Es wird deutlich, dass ModeratorInnen Kompetenzen mitzubringen haben, die mit den Vor- und Nachteilen virtueller Räume kompatibel sein müssen. Dazu gehört der adäquate Umgang mit Krisen oder Suizidandrohungen von TeilnehmerInnen, die nur in Textform analysiert werden können. Darum müssen Chat-BeraterInnen sowohl über eine gewisse Frustrationstoleranz verfügen, da sie keinen Einfluss auf Kommen und Gehen der Chat-NutzerInnen haben, als auch die Fähigkeit besitzen, neue TeilnehmerInnen zu integrieren ohne die übrigen TeilnehmerInnen zu vernachlässigen (vgl. ebd.: 80). Darüber hinaus müssen sie mit den unterschiedlichen Anliegen phasengerecht umgehen können (vgl. ebd.).

Eichenberg (vgl. 2011: 112) betont, dass eine Ausbildung im E-Mental-Health-Bereich unabdingbar ist, um ausreichend für die Unterschiede und die Komplexität des Vorgangs im Vergleich zu face-to-face Settings sensibilisiert zu werden. Aus diesem Grund fordert Eichenberg mehr Qualitätsstandards in diesem Bereich, so wie sie vom DAKJEF (Deutscher Arbeitskreis für Jugend und-, Ehe- und Familienberatung) angestrebt werden (vgl. ebd.). Auch wenn Qualitätskriterien nicht flächendeckend vorhanden sind, verzeichnen erste Untersuchungen hinsichtlich Online-Beratung positive Ergebnisse (vgl. Bauer et al. 2011: 149). Bei einer Internet-Chat-Nachsorge ehemaliger PatientInnen wurde diese Form der Anschlussbehandlung nach stationärer Therapie sehr gut angenommen (vgl. ebd.). Dabei gaben von 121 PatientInnen 90% an, zufrieden mit den Interventionen im Chat zu sein. Die Gruppenbewertung in der Chat-Nachsorge zeigte einen positiven linearen Wert bezüglich Aktivität, emotionaler Bezogenheit und Zufriedenheit (vgl. ebd.). Eine signifikante Wirksamkeit wurde mittels einer kontrollierten Studie nachgewiesen, denn bei TeilnehmerInnen der Chat-Nachsorge bestand ein geringeres oder zeitlich späteres Rückfallrisiko, als in der Kontrollgruppe. (vgl. ebd.). Klinische Werte bezüglich psychischer Belastung, sozialer Probleme oder Handlungskompetenz waren in der Chat-Gruppe deutlich besser (vgl. ebd.). Die Autoren Bauer et. al empfehlen eine Chat-Nachsorge in die Regelversorgung aufzunehmen (vgl. ebd.). Somit könnte die Lücke, in der

Menschen zeitweise ohne therapeutische Unterstützung auskommen müssen, geschlossen werden. Die therapeutischen Interventionen zeigen sich in einer Ressourcenorientierung, da die TeilnehmerInnen in ihrem Alltag mit ihren Möglichkeiten unterstützt werden. Andere Studienergebnisse kommen zu ähnlichen Schlussfolgerungen (siehe hierzu Tossmann 2007). Ralf Ott (2003) überprüfte im Rahmen einer Literaturanalyse die Wirksamkeit von internet-basierten Interventionen bei unterschiedlichen Störungsbildern wie z. B. Angststörungen, Depressiven Störungen, Essstörungen oder Substanzbezogenen Störungen. In 73,3 % der Studien wurden kognitiv-behaviorale und verhaltenstherapeutische Interventionsprogramme verwendet (vgl. ebd.: 132). Dabei wurde bei 86,7% der Studien eine Verbesserung der Symptomatik nachgewiesen (vgl. ebd.). Bei den meisten Studien handelte es sich um Pilotprojekte, was zu einer relativ hohen drop-out-Rate von über 50 % führte (vgl. ebd. 141-142). Ott schlägt in diesem Zusammenhang vor, in Zukunft rigidere Designs zu wählen, da die ermittelten Studien noch erhebliche konzeptionelle Schwächen in den follow-up-Messungen zeigten (vgl. ebd.).

Insgesamt herrscht in Deutschland zu Therapiebehandlungen über das Internet Zurückhaltung. Ein Grund hierfür könnte sein, dass aufgrund der ärztlichen Berufsgruppenverordnung, weder ärztliche Behandlungen noch Beratungen ausschließlich über Computerkommunikationsnetze durchgeführt werden dürfen (vgl. Mück 2011: 153). Der persönliche Kontakt gehört zum traditionellen Methodenrepertoire, der nicht ersetzt werden soll. Die Verordnung und die Tradition sind aber nicht die einzigen Gründe für diese Zurückhaltung. In diesem Zusammenhang spricht Eichenberg (2011: 103) von einem polarisierten Diskurs, der in Deutschland stattfindet:

„Dramatisierung und Marginalisierung verhindern differenziert zu verstehen, welche Möglichkeiten und Grenzen Medien für verschiedene therapeutische Einsatzgebiete aufweisen und welche Auswirkungen die Nutzung von Medien auf das Individuum haben können. Um die potenziellen Chancen und Risiken der Mediennutzung und -wirkung für die Klinische Psychologie und Psychotherapie theoretisch und empirisch adäquat zu beleuchten, ist notwendig, das Themenfeld möglichst systematisch zu strukturieren“.

Eichenberg ruft ausdrücklich dazu auf, das Internet für therapeutische Zwecke zu nutzen, um auch in der Praxis und Forschung weiter kommen zu können. Wenn die Zahl der therapeutischen Netzangebote steigt, können eher Qualitätskriterien gefunden und Interventionen passgenauer ermittelt werden.

2.3.2 Einsatz von Smartphones in der Suchtkrankenhilfe

Der Einsatz von Smartphones könnte neben der Online-Beratung als zusätzliche Technologie in der Suchtkrankenhilfe eingesetzt werden. Wie in Kapitel 2 erörtert, bieten Smartphone-Geräte eine Vielzahl von Applikationsmöglichkeiten wie z. B. Musik, SMS oder Internetzugang an. Aus diesem Grund könnten Smartphones Teil der Versorgungslandschaft werden, die gesundheitsrelevante Angebote 24 Stunden am Tag bereitstellen würden. Während einer Fachkonferenz zum Thema *Sucht 2020 - Chancen und Grenzen der Neuen Medien in der Prävention, Beratung und Therapie*, welche von der Fachhochschule Frankfurt in Kooperation mit der Salus Klinik Friedrichsdorf veranstaltet wurde, konnte folgendes Pilotprojekt ausfindig gemacht werden: Eine Smartphone gestützte Nachsorge für stationär entwöhnte Alkoholiker (vgl. Kramer 2014: 98). Dabei werden Interventionen mit unterschiedlichen Komponenten wie z. B. tägliches Monitoring, Peer Support, Notfallprogramm und Verstärkersysteme entwickelt (vgl. ebd.). Ziel ist die Weiterbetreuung von PatientInnen hinsichtlich der Aufrechterhaltung von Abstinenz (vgl. ebd.). Zu diesem Zweck soll das Programm bei 60 PatientInnen auf Praktikabilität und Zufriedenheit getestet werden (vgl. ebd.). Leider liegen an dieser Stelle noch keine Ergebnisse vor. Zudem gibt es in Deutschland kaum veröffentlichte Forschungsergebnisse bezüglich dem Einsatz von Smartphones in der Suchthilfe. Darum werden internationale Studienergebnisse herangezogen, wie das Forschungsprojekt der AutorInnengruppe McTavish, Chih, Shah und Gustafson (2012) aus der *Wisconsin-Madison Universität*. Auf Grundlagen der Selbstbestimmungstheorien (siehe hierzu Deci & Ryan 1985) und auf Basis des sozial-kognitiven Modells nach Marlatt und Gordon (siehe Kapitel 2.3), wurde eine Smartphone-Anwendung namens A-Chess entwickelt. A-Chess steht für *Alcohol-Comprehensive Health Enhancement Support System*, mit dem Ziel, eine Steigerung an Kompetenz, sozialen Netzwerkbeziehungen und Motivation von alkoholkranken Menschen zu erreichen. Grund für das Forschungsvorhaben war u.a. das Dilemma weiterführender Maßnahmen zur Rückfallprävention, welche in den USA wegen der hohen finanziellen Kosten und des zeitintensiven Arbeitsaufwandes zu fehlenden Angeboten in der Weiterbehandlung führten (vgl. McTavish et. al. 2012: 295). Eine Lösung des Dilemmas könnte der Einsatz von Technologien sein (vgl. ebd.). A-Chess wurde an 349 KlientInnen getestet, wovon 179 der TeilnehmerInnen in die Kontrollgruppe und 170 in die Experimentalgruppe eingeteilt wurden (vgl. ebd.: 297). Das Durchschnittsalter betrug 38,3 Jahre, davon waren über 60 % männlichen Geschlechts und 22,3 % Schulab-

brecher (vgl. ebd.). 47,1 % hatten neben einer Alkoholabhängigkeit eine psychische Beeinträchtigung wie z. B. Depression und 53,4 % hatten eine traumatische Belastungsstörung, welche auch nach Therapieende weiter anhielt (vgl. ebd.). Von der Teilnahme ausgeschlossen wurden Personen mit Suiziderfahrung, kognitiver Beeinträchtigung und Sehstörungen (vgl. ebd.: 295). Patienten, die als stabil genug galten, wurden zwei Wochen vor Entlassung vom Projektleiter über das Verfahren, die Risiken und über den angestrebten persönlichen Benefit unterrichtet (vgl. ebd.). In der zwölf-monatigen Beobachtungszeit erhielten die TeilnehmerInnen für acht Monate ein Smartphone mit dem vorinstallierten A-Chess-System. A-Chess beinhaltete Voice- und Video-Service, Textnachrichten, Internetzugang, GPS und Stimmerkennung. Das System übermittelte Daten vom Smartphone auf den Rechner des Therapeuten, wobei alle TeilnehmerInnen über ein eigenes Passwort verfügten (vgl. ebd. 297). Sobald die Testpersonen eingeloggt waren, protokollierte ein Server alle Aktivitäten der User wie z. B. aufgerufene Seiten und Dienste oder Aufenthaltsdauer im System etc. (vgl. ebd.). A-Chess wurde auch mit einem Panic-Button ausgestattet, welcher beim Drücken sofort zwei beteiligte BehandlerInnen benachrichtigte (vgl. ebd.). Darüber hinaus stellte das System Bewältigungsstrategien hinsichtlich Suchtdruck und Rückfallgefahren, Möglichkeiten sozialer Unterstützung und Angebote zur Förderung der intrinsischen Motivation bereit (vgl. ebd. 295). Zu den Ergebnissen (vgl. ebd.: 298):

Von den angemeldeten TeilnehmerInnen nahmen 93,5% das Angebot tatsächlich wahr. Nach vier Monaten nutzten 78,2% der TeilnehmerInnen A-Chess aktiv weiter. Die beliebtesten A-Chess-Dienste waren Diskussionsforum, meine Nachrichten, mein Team und wöchentliches Monitoring bezüglich Life-Balance und Substanzkonsum. Die unbeliebtesten Dienste waren Literaturempfehlungen, Fragen und Fakten oder Verlinkungen zu ausgewählten Gesundheitsseiten. In der ersten Woche nutzten 80% der Testpersonen, Dienste der Kompetenzsteigerung; in der 16. Woche nutzten nur noch 39 % diesen Dienst. Patienten mit einer Alkohol- und Drogenabhängigkeit zeigten eine höhere Nutzung des Programms, als Patienten ohne Drogenabhängigkeit. Nach vier Monaten beanspruchten 80% der TeilnehmerInnen das A-Chess-Angebot, wobei 70% davon eine zusätzliche psychische Störung aufzeigten. Die AutorInnen McTavish et.al. kommen zu dem Ergebnis, dass von Testpersonen das Smartphone-System viel häufiger verwendet wurde, als das Laptop-System früherer Studien (vgl. ebd.: 300). Dabei wurde für an Brustkrebs erkrankte Frauen ein *Breast-Cancer-Chess*-Programm für Laptops entwickelt. Nach dem vierten Monat brachen fast 70 % der Testerinnen das

Behandlungsangebot ab. (vgl. ebd.). Die Forschergruppe kommt zu dem Fazit, dass noch weitere Erhebungen für den Einsatz der Smartphone-App erforderlich sind:

„These findings illustrate that patients with alcohol dependence, alcohol and drug dependence, and mental health issues will use smartphone applications such as A-CHESS for ongoing support, resources, and information, thus extending patient care if given the opportunity. Further analysis is needed to determine whether sustained A-CHESS use improves outcomes“ (ebd.: 294).

Es kann festgehalten werden, dass Smartphone-Anwendungen von alkoholabhängigen Menschen nach Beendigung der Therapie genutzt werden. Offenbar lassen sich Smartphone-Systeme besser in den Alltag und in den Lebensraum der Indexpatienten integrieren, als Computer-Systeme. Der Einsatz von Smartphones als weiterführende Maßnahme, deckt das Bedürfnis vieler Patienten ab. Dennoch muss herauskristallisiert werden, ob die Anwendung als wirkungsvolle Rückfallmaßnahme impliziert werden kann.

In Abgrenzung zu A-Chess, bei dem es zur Interaktion mit und Datenübertragung zu einer weiteren Person kommt, beschäftigen sich derzeit ForscherInnen der *University of Alaska* mit der Entwicklung einer eigenständigen Nutzung der Smartphone-App. Damit gemeint ist, dass die App unabhängig von BehandlerInnen, Fachpersonal oder Einrichtungen läuft (vgl. Dulin, Gonzalez, King, Goroux & Bacon 2013: 324). Die Smartphone-User erhalten Strategien, Interventions- und Einschätzungshilfen, um ihr aktuelles Problem selbstständig zu bewältigen (vgl. ebd. 321 und 324). Der Prototyp „Buddy“ ist ein App-Produkt, welches anders als bisher auf dem Markt verbreitet, auf empirisch belegten Wirksamkeitsfaktoren basiert (vgl. ebd. 325 f). Nach dem Zusammentragen der Fachliteratur wurden Wirkfaktoren bezüglich Alkoholbehandlungen in sechs Kategorien zusammengefasst:

1. Förderung der Veränderungsmotivation mittels Selbst- und Fremdeinschätzung
2. Vermittlung bewährter Vermeidungsstrategien bei Risikosituationen
3. Vermittlung von Helfersysteme
4. Auflistung von Ablenkungsmöglichkeiten
5. Bereitstellung von Psycho-Edukation in modularisierter Form und
6. Regelmäßiges Monitoring hinsichtlich Konsumverhalten (vgl. ebd.: 325).

Das „Buddy“ wird an 30 jungen Erwachsenen getestet und mit TeilnehmerInnen eines web-basierten Programms auf Wirksamkeit hin verglichen. Da bislang die Testergebnisse ausstehen, macht das Forscherteam aus Alaska darauf aufmerksam, dass die App-Ergebnisse mit theoretischem Hintergrund, Hinweise zur Verbesserung medizinischer Technologien geben könnten (vgl. ebd. 332).

Zu erwähnen ist an dieser Stelle die Marktanalyse der Forschergruppe Savic, Best, Rodda & Lubman aus der *Monash University* in Australien. Sie untersuchten den freien Markt nach aktuellen recovery-Apps, deren Anspruch die Genese von Abhängigkeitserkrankungen ist (vgl. Savic et. al. 2013: 310 f). Sie fanden insgesamt 87 der sogenannten *addiction-recovery-Apps*, davon waren 31% speziell für Alkoholabhängigkeit entwickelt worden. Circa ein Drittel der gefundenen Apps waren kostenlos, wobei der Preis für die kostenpflichtigen Apps durchschnittlich 2,3 USDollar betrugen (vgl. ebd.: 313) (Anmerkung der Autorin: Kostenlose Apps finanzieren sich häufig über Werbefilme, die während der Anwendung abgespielt werden). Die Apps wurden im Jahr 2012 vereinzelt zwischen 214.500 und 1.017.600mal heruntergeladen (vgl. ebd.). Nur 23% der App-Designer gaben an, klinische oder fachliche Erkenntnisse bei der Entwicklung integriert zu haben, einen akademischen Titel zu tragen oder Experten in diesem Bereich zu sein. Ferner wurden diverse App-Dienste und deren Kundenzufriedenheit ermittelt. Hauptsächlich wurden die App-Users mit Informationsmaterial oder mit Ablenkungstools und Meditationsübungen versorgt (vgl. ebd.: 313). Circa ein Drittel der recovery-Apps verlinkten die TeilnehmerInnen mit Online-Foren oder boten Feedbacks in irgendeiner Form an (hauptsächlich mittels Grafiken). Kundenzufriedenheit wurde mittels Sternbewertungen abgefragt; dabei wurde ersichtlich, dass Kunden die größten Vorteile in der Tragbarkeit, ständigen Verfügbarkeit und Diskretion einer addiction-recovery-App sehen (vgl. ebd.). Die Möglichkeit jederzeit Unterstützung einzufordern ohne sich den Stigmatisierungsprozessen stellen zu müssen ist aus User-Sicht sehr hilfreich (vgl. ebd.). Die Autorengruppe merkt abschließend an, dass recovery-Apps in der Behandlung von Suchtmittelabhängigen sehr hilfreich sein können. Dem ungeachtet müssten auch laut Meinung von Savic et. al. weitere Forschungsbemühungen angedacht werden

Die vorgestellten Studien zeigen, welches Potenzial Smartphone-Anwendungen für weiterführende Maßnahmen im Sinne der Rückfallprophylaxe oder -verhütung bergen. Auf dem Markt existieren einige Apps, die von suchtgefährdeten oder suchterkrankten Menschen bereits genutzt werden. In

der Suchttherapie stellt sich die Frage welche Faktoren im therapeutischen face-to-face Setting wirken. In weiterführenden Maßnahmen, bei dem sich die face-to-face Situation erschöpft hat, stellt sich die Frage, welche Smartphone-Dienste für einen autonomen Alltag weiter wirken könnten. Der Rückgriff auf empirisch belegte Methoden aus der Suchttherapiebehandlung, könnten wichtige Erkenntnisse für Anwendungen liefern.

3. Methodik

3.1 Konzept und Entwicklung einer Smartphone-App für alkoholabhängige Menschen

Die Bestrebung dieser qualitativen Studie ist eine alltagstaugliche digitalisierte Hilfestellung für alkoholabhängige Menschen nach Beendigung der Therapie zu entwickeln, wobei diese einer ersten Analyse unterliegt. Die vorliegende Arbeit konzentriert sich dabei auf den Einsatz von Smartphones in der Suchthilfe und behandelt folgende Fragestellung:

Welche Chancen und Risiken ergeben sich bei der Digitalisierung von Alkoholbehandlungen im Rahmen der Rückfallprophylaxe am Beispiel einer Nachsorge-App?

Als methodische Herangehensweise zur Untersuchung der Forschungsfrage, werden folgende Vorüberlegungen präsentiert: Konzept und Entwicklung einer Nachsorge-App, Forschungs- und Entwicklungsdesign, Experteninterviews, teilnehmende Beobachtung eines Fachdiskurses und Auswertung. Da ein Prototyp entwickelt werden soll, um daran die Vor- und Nachteile besprechen zu können, werden an dieser Stelle die Vorüberlegungen und Herangehensweisen geschildert.

Zunächst galt es einen Kontakt mit Informatikstudenten, die sich dem Forschungsprojekt anschließen würden, herzustellen. Zu diesem Zwecke wurde von der Autorin ein Konzeptpapier mit relevanten Daten zur Alkoholabhängigkeit, Smartphone-NutzerInnen und der Idee zur Nachsorge-App erstellt (siehe Anhang). Im ersten Schritt wurde das Konzept Professoren der Fakultäten Sozialer Arbeit und Informatik vorgestellt. Nach einem persönlichen Gespräch mit der Autorin, willigten drei Professoren ein, die Masterarbeit auf unterschiedlicher Ebene zu begleiten. Eine Aufgabe bestand darin, das Forschungskonzept Studierenden des zweiten Informatiksemesters zu präsentieren. Nachdem sich eine Gruppe von sieben Studierenden gefunden hatte, gab es eine Vorbesprechung, bei der die Idee nochmals vorgestellt wurde. Nach Einverständnis aller Anwesenden, entstand zu diesem Zeitpunkt eine interdisziplinäre Forschungsgruppe, die aus einer Masterstudentin der Klinischen Sozialarbeit (Autorin), sieben Informatikstudenten und drei betreuenden Pro-

fessorInnen bestand. Als gemeinsames Ziel wurde die Entwicklung eines Prototypens formuliert. Um die Smartphone-App entwickeln zu können, musste eine Untersuchung im Forschungsfeld erfolgen.

3.2 Forschungs- und Entwicklungsdesign

Zur Beantwortung der Forschungsfrage bietet sich ein qualitativer Forschungsansatz an, da spezifisches Expertenwissen ermittelt werden soll, welches mit standardisierten Verfahren nicht erschlossen werden kann (vgl. Gläser & Laudel 2010: 37). Aus diesem Grund unterliegt die Studie bestimmten Sozialforschungsprinzipien, die von Attelsander (2010: 77 f) wie folgt formuliert werden:

1. Offenheit
2. Prozesscharakter von Gegenstand und Forschung
3. Reflexivität der Forschung
4. Explikation des Vorgehens
5. Forschung ist Kommunikation
6. Problemorientierung.

3.3 Erhebungsinstrumente

Zur Entwicklung und Analyse der Nachsorge-App wurde das Experteninterview als sinnvoll erachtet. Ergänzt wird die Datenerhebung mit einer teilnehmenden Beobachtung (ethnographische Vorgehensweise). Die Erhebung aktueller Behandlungsmethoden therapeutischer Arbeit mit alkoholabhängigen Menschen ist ebenso wichtig, wie die Verdichtung aktueller Diskurse, wobei ein gesellschaftlicher digitaler Umbruch mit Auswirkungen auf die Suchthilfe, Gelegenheit zu einer lebensweltlichen Reflexivität bietet. Die Daten wurden erhoben, ausgewertet und dem Entwicklerteam in regelmäßigen Zeitabständen bereitgestellt. Die technische Umsetzung der erhobenen Daten in die Smartphone-App erfolgt im Kapitel 5, wohingegen im nächsten Kapitel die Erhebungsinstrumente konkretisiert werden.

3.3.1 Experteninterviews

Das Experteninterview ist in der Sozialforschung ein wichtiger Informationsträger, denn nach Gläser und Laudel (2010: 11) gelten sie als „Angehörige einer Funktionselite, die über besonderes Wissen verfügen“. Dieses Wissen beinhaltet soziale Sachverhalte, Situationen und Prozesse. Dabei sind Experten nicht „das Objekt unserer Untersuchung, der eigentliche Fokus unseres Interesses, sondern sie sind bzw. waren „Zeugen“ der uns interessierenden Prozesse“ (ebd.: 12). Mit Hilfe von Experten soll ein erstes Verständnis für das Setting ermittelt werden, in dem Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit behandelt werden. Die einzelnen Therapieangebote, Arbeits- und Behandlungsmodelle geben Hinweise darauf, welches Wissen sich Betroffene im Laufe ihrer Therapie angeeignet haben. Das ist wichtig, wenn es darum geht, die Smartphone-App auf den Wissens- und Entwicklungsstand der Betroffenen hin zu bringen. Ferner können so Qualitätskriterien für eine möglichst adäquate weiterführende Maßnahme ermittelt werden. Zudem wird an dieser Stelle erkenntlich, welche Therapieschulen und -methoden digitalisiert werden können und welche nicht. Für die qualitative Studie wurden ExpertInnen aus dem Bereich der ambulanten Suchthilfe für alkoholabhängige Menschen befragt. Zu diesem Zwecke, wurden drei SozialarbeiterInnen mit Zusatzqualifikation Suchttherapie aus ambulanten Einrichtungen und eine Verhaltenstherapeutin aus einer stationären Einrichtung befragt.

3.3.2 Ethnographie/Teilnehmende Beobachtung

Um Erkenntnisse aus Fachdiskursen/Fachkonferenzen zu ermitteln, wurde die ethnographische Herangehensweise gewählt, bei der sich die Datensammlung an der Fragestellung und den Gegebenheiten des ausgewählten Feldes orientiert (vgl. Flick 2009: 127). Dabei werden Daten über Feldnotizen, Aufnahmen und Memos erhoben, die ohne Beobachtungsschemata auskommen. (vgl. ebd.: 128). Der Begriff der Ethnographie wird u.a. gewählt, weil er in aktuellen Diskursen an die Stelle der teilnehmenden Beobachtung tritt (vgl. ebd.: 127). Auch wenn die Ethnographie in ihrer Tradition darauf abzielte, andere „Lebensweisen, Lebensformen, Lebensstile [...] zu verstehen, d.h. 'fremde Welten' auf ihren Eigen-Sinn hin zu erkunden, wird dieses Verfahren ausgewählt“ (vgl. Bohnsack et. al. 2011: 48, zit. n. Hitzler 1999). Was als fremde Welt gilt, obliegt dem, der die Definition vornimmt (siehe hierzu Cultural Studies). Der Durchbruch der Routine eigens professioneller Handlungen, kann über die Behandlung einer interdisziplinären Forschungsfrage,

als die Erkundung einer fremdartigen Kultur gewertet werden (vgl. Bohnsack et. al 2011: 48).

Ethnographie meint weniger Methode, als vielmehr Forschungsprogramm, welches sich dem „kolonialisierten, pseudo-objektivistischen Über-Blick“ entzieht (ebd.: 48). Damit ist der Forscher/die Forscherin freier und offener im Feld aufzutreten und kann sich auf die Daten konzentrieren, die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Ethnographische Forschungsarbeit zielt darauf ab, das im Feld Geschehene mitzubekommen, Materialien aller Art zu sammeln, mit zunehmen, zu studieren und mit den Leuten zu reden (vgl.: 50). In Anlehnung daran, werden die Leitideen teilnehmender, nicht-standardisierter Beobachtung herangezogen. „Einerseits soll der Forscher zum Teilnehmer werden und Zugang zu Feld und Personen finden. Andererseits wird auch die Beobachtung immer konkreter und stärker an den wesentlichen Aspekten der Fragestellung orientiert“ (Flick 2009: 126).

Die Teilnahme an einer Fachkonferenz zum Einsatz neuer Medien in der Suchthilfe, geschieht ohne zuvor definierte Kategorien (vgl. Bohnsack et. al. 2011: 128). Die forschungsethischen Gesichtspunkte, wie die Offenlegung der Beobachtung und die Einholung der Zustimmung aller Akteure, werden erfüllt. Aufgrund der geringen Standardisierung ist eine Vergleichbarkeit kaum möglich, trotzdem wird im ethnographischen Forschungsprozess ein unmittelbarer Zugang zu Routinen und Arbeitsweisen gewonnen, welche über Ad-hoc-Interviews, Gespräche, Aussagen oder Fragen ermittelt werden (vgl. Flick 2009: 128). Die Teilnahme an einem ausgewählten Fachvortrag/Workshop im Rahmen der Fachkonferenz, soll Herangehensweisen oder Vorüberlegungen hinsichtlich der Entwicklung einer Smartphone-App aufzeigen. Diese Daten könnten für die Analyse der eigenen konzipierten Nachsorge-App dienlich sein.

3.4 Prozedere

3.4.1 Operationalisierung der Fragestellung: Der Leitfaden

Über ein leitfadengestütztes Interview werden die ExpertInnen zu vorüberlegten Themen mittels einer Frageliste befragt. Vorrangig gilt, dass weder Frageformulierungen noch Reihenfolge verbindlich sind, da beiderseitiges

Nachfragen oft zum Gelingen einer Beantwortung von Fragen führt (vgl. Gläser & Laudel 2010: 42).

Leitfadengestützte Interviews sind demnach nichtstandardisierte Verfahren, die sich besonders für die Gewinnung gezielter Informationen eignen (vgl. ebd.: 111).

Zur Beantwortung der Forschungsfrage werden einerseits gezielte Fragen formuliert, die die Expertise zu therapeutischen Maßnahmen abfragt (Flick 2009: 115). Andererseits werden offene Fragen formuliert, um die persönlichen Sichtweisen und Vorstellungen hinsichtlich einer Nachsorge-App zu generieren (vgl. ebd.). Beispiele für gezielte Fragen sind: Erarbeiten Sie einen sogenannten Notfallplan mit den KlientInnen? Teilen Sie Arbeitsblätter aus? Beispiele für offen gestellte Fragen sind: Was halten Sie davon Smartphones in der Suchthilfe einzusetzen? Welche Maßnahmen oder Schritte, die mittels Smartphones an die KlientInnen übermittelt werden, könnten Ihrer Meinung nach im Alltag dienlich sein, um abstinent zu bleiben? Wichtig ist in diesem Verfahren, die Interviewpartner nicht zu beeinflussen und sie nicht zur Beantwortung von Fragen zu zwingen (vgl. ebd.: 114 f). Laut Gläser und Laudel (2010: 114-115) ergeben sich aus dieser Befragungsform folgende Herausforderungen:

„Ein leitfadengestütztes Experteninterview zu führen heißt also, einen Kommunikationsprozess zu planen und zu gestalten, der an den kulturellen Kontext der Befragten angepasst ist und alle Informationen erbringt, die für die Untersuchung benötigt werden. Diese Aufgabe kann man nur lösen, wenn man den Interviewpartner zur Kooperation motivieren kann [...]. Je besser das Gesprächsklima ist, desto eher wird der Interviewpartner ausführlicher erzählen, sein Gedächtnis anstrengen, wohlüberlegte Bewertungen abgeben usw“.

Somit haben die Handlungen und Reaktionen von InterviewerInnen einen maßgeblichen Einfluss auf die Qualität der Datengewinnung. Die Einhaltung folgender Regeln, können helfen, die Herausforderungen von Experteninterviews erfolgreich zu meistern: aktives zuhören, flexibel fragen, nicht Verstandenes klären, Details erfragen, Kompetenz zeigen und Bewertungen vermeiden (vgl. ebd.: 172 ff.).

Darüber hinaus ist die Operationalisierung der Fragen eine wichtige Aufgabe, bei der es um eine adäquate Übersetzung des Forschungsinteresses in den

Kommunikationskontext des Gesprächspartners geht (vgl. ebd.: 112). Damit hier keine zu große Diskrepanz im Kommunikationsverlauf entsteht, verschafft sich die Autorin einen theoretischen Überblick über gängige Therapiemodelle in der Suchthilfe von alkoholabhängigen Menschen. Um Vorgaben zu vermeiden oder Expertenwissen in eine bestimmte Richtung zu lenken, beginnen alle Interviews mit „Bitte erzählen Sie mir von Ihrer Arbeitsstelle und nach welchem Konzept arbeiten Sie?“ Dies geschieht, weil alle Eventualitäten bei der Entwicklung von Leitfragen berücksichtigt werden müssen. Dazu gehört es auch, dass die Interviewerin spontan reagieren muss.

3.4.2 Auswertung der Interviews und der ethnographischen Datenerhebung

In der vorliegenden Studie bietet sich sowohl für die Experteninterviews als auch für die ethnographische Datenerhebung die Grounded Theory-Methodik (kurz: GTM) an, die nach Glaser und Strauss (1967) entwickelt wurde. Bei der GTM handelt es sich um „ein Verfahren sozialwissenschaftlicher Hermeneutik – der Lehre vom Verstehen, Deuten, Auslegen von Texten und anderen sozialweltlichen Artefakten und Symbolisierungen“ (Breuer 2010: 39). Dabei gilt das Kodieren von Texten als Herzstück der GTM (vgl. ebd.: 69). Breuer fasst das Kodieren wie folgt zusammen:

„eine kreative gedanklich und sprachliche Aktivität [...], bei der auf der Grundlage empirischer Materialien einzelfallübergreifende, verallgemeinernde, typisierende Konzepte destilliert und benannt werden. Dadurch wird Wesentliches (aus dem Material, dem Phänomenbereich) extrahiert und auf einen theoretischen Begriff gebracht“ (ebd.: 71).

In der Vorgehensweisen werden Textpassagen, die zur Beantwortung der Forschungsfrage und zur Entwicklung des Prototypens (Nachsorge-App) als relevant erscheinen, detailliert kodiert (vgl. ebd.: 79). Dabei kann das Kodieren in drei Varianten eingeteilt werden:

1. Offenes Kodieren
2. Axiales Kodieren
3. Selektives Kodieren.

Das offene Kodieren beinhaltet Wort für Wort, Zeile für Zeile oder Satz für Satz aufzubrechende Arbeit, bei dem passende Codes bzw. Oberbegriffe formuliert werden (vgl. ebd.). Bohnsack et. al. (2011: 73) sprechen hierbei von einem Öffnen des Textes, in dem Kategorien entstehen. Zudem können Codes für ganze Textabschnitte generiert werden (vgl. Flick 2011: 392). Das axiale Kodieren setzt Textaussagen in Beziehung zueinander. Dabei werden die Kategorien, die im vorherigen Schritt entstanden sind, differenziert (vgl. ebd.: 393). Axiales Kodieren wird hierbei (2011: 394) wie folgt verstanden:

„Die entwickelten Beziehungen und als wesentlich behandelten Kategorien werden immer wieder am Text bzw. den Daten verifiziert. Dabei bewegt sich der Forscher zunehmend zwischen induktivem Denken (Entwicklung von Begriffen, Kategorien und Beziehungen aus dem Text) und deduktivem Denken (Überprüfung gefundener Begriffe, Kategorien und Beziehungen am Text, vornehmlich an anderen Passagen oder Fällen als denjenigen, aus denen sie entwickelt wurden) hin und her“.

Das selektive Kodieren setzt das axiale Kodieren fort, indem das Abstraktionsniveau ansteigt (vgl. ebd.: 396). Bei diesem dritten Schritt geht es darum, eine Schlüsselkategorie festzulegen. Das gibt Forschenden die Möglichkeit der Ergebnisdarstellung einen roten Faden zu geben (vgl. Breuer 2010: 92). Nach Breuer (ebd.) resultiert für Forschende eine ideale Vollendung, wenn es ihnen gelingt „dem konstruierenden Kategoriegefüge ein Zentralkonzept hoher theoretischer Integrationsmacht auszumachen, um das herum sich die anderen gefundenen Kategorien anordnen lassen“. Die Nutzung der GTM ermöglicht es nicht im Einzelinterview Kategorien zu bilden, sondern auch die Interviews in Verbindung zu setzen und somit zu einem vergleichenden Ergebnis zu kommen. Dabei können Gemeinsamkeiten, Widersprüche und Unterschiede herausgebildet werden. Hermeneutische Verfahrenstechniken wie die GTM werden laut Bohnsack et. al. (2011: 51) auch bei ethnographischer Datenerhebungen zugänglich gemacht. Ziel der Datenauswertung ist die eigens entwickelte Nachsorge-App mit Beobachtungen eines Fachvortrags zu ergänzen oder gar zu vergleichen.

3.4.3 Ethische Prinzipien der Studie

Auf ethische Grundprinzipien und Vorgehensweisen der Studie wurde in vorherigen Kapiteln vereinzelt Bezug genommen. Konkretisiert werden diese auf Leitprinzipien, indem „der Forscher [die Forscherin] sein [ihr] Vorgehen

deutlich macht (Notwendigkeit, Ziele, Methoden), Schädigungen und Täuschungen der Beteiligten vermeidet bzw. ausschließt und den Datenschutz berücksichtigt“ (Flick 2009: 282). In der vorliegenden Studie werden die Erhebungen ausschließlich bei Personen durchgeführt, die darüber informiert werden und freiwillig teilnehmen. Der Datenschutz ist durch Anonymisierungen gewährt. Öffentliche Vorträge bedürfen zwar keiner Anonymisierung, trotzdem wird die Zustimmung zur Veröffentlichung einzelner Forschungsprojekte nachträglich eingeholt. Die Gütekriterien quantifizierender Sozialforschung wie Objektivität, Validität und Reliabilität, sind laut Bohnsack et. al. (vgl. 2011: 80-82) für eine qualitative Sozialforschung wenig kompatibel. Vielmehr ist die Darstellungsform von Forschung dafür verantwortlich, dass Ergebnisse plausibel und valide erscheinen (vgl. ebd.). Diese erfolgt durch die Offenlegung von Wissens- und Vorgehensweisen in der gesamten Arbeit.

4. Ergebnisse der Erhebung

Vor der Vorstellung der Ergebnisse der Datenerhebung wird zunächst das Auswertungsverfahren transparenter gemacht. In der Auswertungsmatrix wurden anhand der Interviews fünf Oberkategorien entwickelt, um anschließend das Datenmaterial in Beziehung setzen zu können. Die Auswertungslogik folgt einem Kodeschema der aus

- Methoden face-to-face
- Methoden interface,
- Experteneinschätzung zur App
- Expertenkatogorien für die App und Expertenwissen besteht.

Die Kategorie *Methoden face-to-face* meint Therapieinhalte, die in einer professionellen Beziehungsarbeit zwischen BehandlerInnen und KlientInnen erfolgen. Diese sind kaum oder nur schwer in eine Nachsorge-App integrierbar, „weil diese Patienten-Therapeuten Beziehung immer im Fokus steht“ (E/Z. 81-82). In dieser Phase der Behandlung werden vielmehr Herangehensweisen verdeutlicht wie z. B. die Ermittlung von Zielen und Wünschen bzw. der Ursachen der Alkoholabhängigkeit (vgl. C/ Z. 27-34) gelingt.

Die Kategorie *Methoden interface* meint konkrete Strategien bezüglich einer Rückfallvermeidung, denn die individuellen Risikofaktoren werden ermittelt und in diesem Zusammenhang die Eigenverantwortung nochmals gestärkt (vgl. C/Z. 55-60). Diese Kategorieinhalte könnten sich einfach in eine App integrieren lassen, da KlientInnen hier ein spezielles und individuell angepasstes Training zur Rückfallvermeidung nach Therapieende erlernen.

Die Kategorien *Experteneinschätzung zur App*, *Expertenkatogorien für die App* und *Expertenwissen* verfolgen das Ziel, auf der Grundlage der erworbenen Expertise und Erfahrungen mit KlientInnen-Gruppen, Chancen und Risiken einer Nachsorge-App zu diskutieren und geeignete App-Kategorien für die Entwicklung des Nachsorge-Pilotens zu erfassen.

4.1 Arbeitsmethoden in Suchthilfeeinrichtungen

Allgemein

Experte A ist Diplompsychologe und psychologischer Psychotherapeut einer ambulanten Einrichtung in einer Großstadt. In der Behandlung von Suchtpatienten hat er eine verhaltenstherapeutisch-orientierte Vorgehensweise. Er stützt sich auf die Methoden der motivierenden Gesprächsführung von Miller & Rollnick. Darüber hinaus arbeitet er mit Inhalten aus dem Buch Alkoholismus von Jörg Petry (vgl. A/Z. 16-19, 23, 77-78, 88).

Expertin B ist Sozialpädagogin und Einrichtungsleiterin einer ambulanten Einrichtung in einer Kleinstadt. In ihrer Einrichtung wird nach der der motivierenden Gesprächsführung von Gordon und Marlatt gearbeitet. Zudem arbeiten ihre MitarbeiterInnen nach den Schulen der System-, Verhaltens- und Psychotherapie (vgl. B/Z. 14, 59, 116-126, 171-172).

Expertin C ist Verhaltenstherapeutin und hat mit suchtkranken Männern und Frauen in einer stationären Einrichtung gearbeitet. Konzeptionell orientiert sie sich am *motivational interviewing* nach Miller & Rollnick, an dem Sozialkompetenztraining von Werking und an der Suchtfibel von Schneider (vgl. C/Z. 14-17, 37, 54, 125).

Experte D ist Sozialpädagoge mit einer Zusatzausbildung als Suchttherapeuten. Er arbeitet in einer ambulanten Einrichtung in einer Kleinstadt. Als Arbeitsweise gibt er die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode an (vgl. D/Z. 17-25).

Rückfallprophylaxe

Laut Experte A werden Ziele gemeinsam mit den KlientInnen erarbeitet und gegen Behandlungsende gemeinsame Strategien überlegt, wie es danach weiter gehen könnte (vgl. A/Z. 27-40). Dabei gibt Experte A an, dass ein dreistufiger Notfallplan erarbeitet wird, wie beispielsweise die Formulierung positiver Gedanken zur Ablenkung, oder bei mittelschweren Notfällen der Anruf beim Therapeuten oder Gruppenleiter und bei einem schweren Notfall die Einweisung in die Klinik (vgl. A/Z. 43-48). Diese Schritte müssen von PatientInnen im Notfall aktiv und selbstständig eingeleitet werden. Im Therapieverlauf suchen TherapeutInnen und KlientInnen individuelle Stressauslöser

und entwickeln diesbezüglich Vorgehensweisen, um einen Rückfall vermeiden zu können (vgl. A/Z. 107-111). Wichtig ist der Aufbau oder die Fortführung eines intakten Lebensstils wie z. B. das Nachgehen einer regelmäßigen Arbeit, die Aktivierung von Ressourcen, die Suche nach sinnvoller Freizeitgestaltung sowie nach tragfähigen sozialen Beziehungen und der Anschluss einer Nachsorgebehandlung (vgl. A/Z. Z. 83-87, 91-92,102). Der Behandlungserfolg wird anhand von Fragebögen bzw. einer Verhältnisskala gemessen (vgl. A/Z. 126-129).

In der Einrichtung von Expertin B erhalten die KlientInnen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie (vgl. A/Z.43-49). Die einzelnen Therapiemaßnahmen beinhalten unterschiedliche Schwerpunkte. Die Ziele sind dabei: Verstehen der eigenen Situation und des Rückfalls, Achtsamkeit bezüglich von Gefühlen und Entscheidungen und Verhaltensänderung bezüglich von Gewohnheiten (vgl. B/Z 53-59). Expertin B betont, dass ein nichtbalancierter Lebensstil zu scheinbar harmlosen Entscheidungen führen kann (vgl. B/Z.61-73). Als Beispiel stellt sie dar, dass bei alkoholkranken Menschen eine Minibar im Hotelzimmer ein erhöhtes Risiko darstellt, weil die Bar zum Trinken verführen kann (vgl. ebd.) Darum sollten frühzeitig Vorsorgemaßnahmen eingeleitet werden, auch wenn keine akute Gefahr besteht. Zudem betont B, dass die angebotenen Achtsamkeitsgruppen mit den Rückfallgruppen zusammen hängen, bei denen Strategien prophylaktisch erarbeitet werden (vgl. B/Z. 96-112). Die Tiefe der Besprechung über bereits vorgefallenen Rückfällen hängt jedoch von den jeweiligen TherapeutInnen ab (vgl. ebd.). Die Methoden der Einzeltherapie bauen auf Visualisierungstechniken auf. Eine Methode ist die Gestalttherapie, bei der KlientInnen lernen STOP zu sagen (vgl. B/Z. 130-141). Als Bewältigungsstrategien werden Ressourcen und erfolgreiche Handlungen aus der Vergangenheit ermittelt und in der therapeutischen Arbeit werden Ambivalenzen aufgedeckt und besprochen (vgl. B/Z. 141-145). Die Erfolgskriterien hinsichtlich der Therapie werden mittels Standardfragebögen und Abschlussberichte festgestellt (vgl. B/Z. 163-167).

In der stationären Einrichtung von Expertin C gilt es den KlientInnen eine Tagesstruktur anzubieten, die Teilnahme an einer Gruppentherapie zu ermöglichen, eine Konsequenzenanalyse zu erarbeiten, eine Klärung von Motiven, Wünschen und Zielen anzustreben und Strategien für Gefühlsregulierungen zu erarbeiten (vgl. C/Z. 27-34). Weiter erklärt Expertin C, dass die Lebensqualität während der Einhaltung der Abstinenz überprüft wird, also wie lebt die Patientin/ der Patient ohne den erlernten Substanzkonsum (vgl. C/Z. 48-52). In der Therapeuten-Klient-Beziehung macht Expertin C deutlich, dass es

auch darum geht, Widerstände der KlientInnen aufzunehmen und die Motivation und Eigenverantwortung der suchterkrankten Menschen zu fördern (vgl. C/Z. 55-60). Außerdem verweist C auf Realitätsbücher, in denen PatientInnen Risikosituationen und Rückfallpräventionsstrategien im Alltag ermitteln und aufschreiben (vgl. C/Z. 21-25).

Experte D hingegen arbeitet psychodynamisch und setzt seinen Schwerpunkt auf die Affektregulierung, bei der KlientInnen gespiegelt werden (vgl. D/Z. 56-82). Laut D haben suchtkranke Menschen in ihrer Kindheit Beziehungsstörungen erfahren, welche nicht per rational eingeleiteten Handlungen überwältigt werden können (vgl. ebd.). Den Mittelpunkt seiner Methode stellt die therapeutische Beziehungsarbeit dar, bei der Bagatellisierungen unterbunden werden (vgl. ebd.). Doch anders als in der Psychoanalyse üblich, macht Experte D deutlich, dass er in seiner Therapiearbeit Gegenübertragungsgefühle äußert und dabei nicht abstinert bleibt. Er spricht hierbei von einem gesteuerten Kommunikationsverlauf (vgl. ebd.). Zudem erachtet D Gruppenangebote als notwendig, da sie eine haltgebende Funktion haben (vgl. D/Z. 113-115).

Zusammenfassung

Die Auswertung der Experteninterviews hat ergeben, dass verhaltenstherapeutische Ansätze in drei von vier Fällen zum Einsatz kommen. Dabei wird diese Methode nicht nur von der Verhaltenstherapeutin, sondern auch von einer Sozialpädagogin und einem Diplompsychologen herangezogen. Die Ausnahme macht ein Sozialpädagoge, der die psychoanalytisch-interaktionelle Therapiemethode anwendet. In der Rückfallprophylaxe zeichnet sich ab, dass Risikosituationen, Ziele und Motivation gemeinsam mit den KlientInnen ermittelt werden. Im Falle einer stationären Therapie wird zudem der Tagesablauf strukturiert, welcher in einer ambulanten Therapie nur in Gesprächen erarbeitet wird. Die Umsetzung erfolgt eigenständig durch die KlientInnen selbst, da sie nicht in einem kontrollierten Setting leben. Alle ExpertInnen geben an, dass Selbsthilfegruppen wichtig sind, um Bewältigungsstrategien bezüglich der Rückfallprophylaxe ausfindig machen zu können. Zudem geben alle vier ExpertInnen an, dass eine ausbalancierte Lebensführung, in der tragfähige Beziehungen Halt geben, eine gute Basis für Therapieerfolge ist. Der Umgang mit Gefühlen und Situationen wird in allen Fällen erarbeitet, wobei Notfallpläne hinsichtlich eines Suchtdrucks nur bei den ExpertInnen Anwendung finden, die eine verhaltenstherapeutische Vorgehensweise anwenden.

4.2 Kriterien für den Piloten

In der Auswertungskategorie *Methoden Interface* und *Expertenkategorien für die App*, werden die Teile des Datenmaterials ausfindig gemacht, die in die Nachsorge-App integriert werden könnten. Dazu gehören bestehende Arbeitsmaterialien, Beispiele für Risikosituationen, Schutzhandlungen und Schutzgedanken, aber auch die vom Experten explizit genannten App-Dienste/Kategorien. Experte A (vgl. Z. 49-52) gibt diesbezüglich folgende Beispiele für Schutzhandlungen an:

- Wasser trinken, eiskalt duschen, Eisbeutel auf die Haut legen mit einem Stein im Schuh herumlaufen

Beispiele für Schutzgedanken könnten laut A (vgl. ebd.) sein:

- Ich bin schon sehr lange trocken
- Die Schwierigkeiten habe ich auch ohne Alkohol bewältigt
- Es gibt immer einen Ausweg
- Mir geht es gut ohne Alkohol
- Mit Alkohol habe ich schlechte Erfahrungen gemacht
- Alkohol schadet meiner Gesundheit.

Außerdem nennt Experte A als mögliche App-Kategorie die Erinnerungsfunktion für die in den Sitzungen formulierten Ziele (vgl. A/Z. 142-143). Expertin B formuliert konkrete App-Kategorien wie das Führen eines Tagebuches, das Anzeigen von Krisenzentren und Ansprechpartnern (vgl. B/Z. 193-197). Zudem nennt B ebenfalls Schutzhandlungen wie z. B. Familienfotos ansehen, Musik hören und bezogen auf Schutzgedanken erwähnt B, dass an Vorbilder gedacht werden könnte (vgl. B/Z. 145-156). Aus der einrichtungseigenen Arbeitsgruppe, die sich mit dieser Erhebung beschäftigt hat, kommt als Nachtrag, dass die Nachsorge-App attraktiv z. B. in Form einer Ampel-Ansicht, gestaltet werden sollte (vgl. B/Z.000).

Expertin C erläutert, dass in der Therapie Selbstmanagementstrategien wie Selbstbeobachtungsprotokolle, Muskel- oder Atmungsentspannungsübungen erlernt werden (vgl. C/Z. 38-45). Darüber hinaus erachtet C Erinnerungsfunktionen hinsichtlich Motivation, Zielsetzung und Selbstverbalisation als wesentlich für eine Nachsorge-App (vgl. C/Z. 65-73). Denn somit können laut C Konditionierungsprozesse gefestigt werden. Zudem werden laut Expertin C,

KlientInnen mit vielen Terminen auch nach der Therapie konfrontiert. Dabei könnten die Betroffenen über eine App Unterstützung bzw. Entlastung im Alltag erfahren (vgl. C/Z. 115-122).

Experte D sieht in der Ausarbeitung von Notfallplänen bei einigen KlientInnen-Gruppen keine ausreichende Unterstützung (vgl. D/Z. 48-52, 133-135). Dabei hat D während des Interviews keine Ideen für App-Dienste formuliert (vgl. D/Z. 135).

Zusammenfassung

Drei von vier ExpertInnen können sich konkrete App-Dienste vorstellen, die sie auch formulieren. Dabei nehmen die Dienste stets Bezug auf elaborierte Therapieinhalte und bereits erlernten Rückfallkompetenzen. Eine Nachsorge-App wird somit als eine alltagstaugliche Unterstützung gedacht, die für Menschen entwickelt wird, die bereits Therapieerfahrungen gesammelt haben. An dieser Stelle muss zudem festgehalten werden, dass sich die BehandlerInnen auf der Grundlage ihrer eigenen Therapieschulen, App-Kategorien überlegen. Da ein Experte keine Kategorien nennen kann, ist davon auszugehen, dass die psychoanalytische Herangehensweise kaum in eine Nachsorge-App integriert werden kann. Ein anderer Grund für die Nichtnennung einer App-Kategorie könnte zudem an dem Know-how der BehandlerInnen liegen, da D konstatiert: „Ich bin technisch völlig rückständig. Da fragen sie den Faltschen“ (D/Z. 135).

4.3 Experteneinschätzung

In den Interviews wird die Marktfähigkeit mittels Expertenmeinungen ermittelt. Die Einschätzung von Experten A zum Einsatz von Smartphone-Apps in der Suchthilfe ist tendenziell positiv zu bewerten. Dennoch stellen sich für A weitere Fragen wie:

„Ja. Als Zusatzangebot zusätzlich schon, die Frage ist, wer's finanziert?“
(A/Z. 153).

Eine naheliegende Finanzierung ist für Experte A noch nicht ersichtlich oder vorhanden. Zudem kann Experte A noch keine vollständige Einschätzung abgeben denn:

„Also ich würd's zwar gut finden, aber ich kenne noch nicht die Studien dazu“ (A/Z. 149-150).

Für Experte A müssten Forschungserhebungen angestrebt werden, zumal es sich lohnen würde, da schätzungsweise 40% seiner KlientInnen über ein Smartphone-Gerät verfügen.

Expertin B äußert sich positiv zur Rückfall-App, da sie das Medium Smartphone als sehr wichtig erachtet, denn

„damit ist eine Entlastung passiert, ohne dass ich vor Ort bin“ (B/Z. 183-184).

In einer Smartphone-App erkennt Expertin A einen positiven Nutzen für alkoholkrank Menschen. Weiter schätzt sie, dass 50% ihres Klientels ein Smartphone besitzt, wobei sie bei Jugendlichen den Prozentanteil bei 80 % vermutet (vgl. B/Z. 209-211). Auf Seiten ihres Klientels gibt Expertin B zu bedenken, dass es einige PatientInnen abschrecken könnte, eine Smartphone-App zu benutzen:

„Ein Handy hat ne gewisse Öffentlichkeit. Es liegt rum und an der Stelle sind die Leute auch etwas vorsichtig, soll ich das wirklich nutzen oder nicht“ (B/Z. 210-211).

Zudem macht sie darauf aufmerksam, dass eine Nachsorge-App nicht von allen Altersgruppen genutzt werden könnte:

„Und es ist auch altersspezifisch ein Unterschied. 30 und drunter sicherlich etwas besser, 30 und drüber sicherlich etwas schlechter. Gesellschaftlich unterscheide ich zwischen *digital immigrants* und *digital natives*. Sie gehören zu den *digital natives*, ich zu den *digital immigrants*, ich würde nie ne Rückfall-App für mich hernehmen, Sie vielleicht schon“ (B/Z. 203-207).

Expertin B kommt auf die unterschiedlichen Sozialisationsprozesse zu sprechen, bei denen sich der Einsatz und Gebrauch neuer Medien innerhalb der Generationen unterscheidet. Insgesamt bewertet Expertin B eine Rückfall-

prophylaxe-App als notwendig für die Nachsorge und betont, dass Differenzierungen hinsichtlich der Dimension *Alter* vorgenommen werden müssten.

Die App müsste nach Expertin C attraktiv und einfach in der Handhabung sein. Expertin C schätzt die App zur Abstinenzeinhaltung als hilfreich ein (vgl. C/Z. 76-83). Wichtig ist laut C die Selbstverbalisation in Form von positiven Sätzen (vgl. ebd.). Ferner stellt C fest, dass das Handy die eigene Identität widerspiegeln kann, denn:

„das Handy gehört mir, also könnte dieses Handy praktisch einen Teil der Persönlichkeit auch wirklich veranschaulichen oder darstellen“ (C/Z. 81-82).

Darum liegt der Vorteil einer Nachsorge-App in der Wiederholung und Anzeige bereits erworbener Strategien (vgl. C/Z. 86-94). Zusätzlich muss nach Expertin C festgestellt werden, ob eine Genderspezifizierung in der Nachsorge-App vorgenommen werden müsste und ob die App altersbedingt angepasst werden müsste (vgl. C/Z. 103-108). Expertin C schätzt, dass die Hälfte ihrer PatientInnen ein Smartphone-Gerät besitzt (vgl. C/Z. 103-108). Wobei ältere PatientInnen mehr finanzielle Probleme haben, was dazu führt, dass sie meist gar kein Handy besitzen (vgl. ebd.). Aus diesem Grund kommt C zu dem Schluss, dass jüngere Menschen eher von einer Nachsorge-App profitieren würden als ältere Menschen (vgl. C/Z. 97-101). Ein möglicher Nachteil könnte laut C in einer Externalisierung liegen, wobei die App-User keinen persönlichen Bezug zu den App-Interventionen bekommen (vgl. C/Z. 86-94). Aus diesem Grund müssten die angezeigten Sätze von KlientInnen selbst stammen, damit sie angenommen werden können (vgl. ebd.)

Experte D erkennt die Nachsorge-App für bestimmte KlientInnen-Gruppen als eine geeignete Herangehensweise an, allerdings nicht für alle SuchtpatientInnen (vgl. D/Z. 133-135). Zudem sieht sich Experte D aufgrund seines Alters, nicht in der Lage eine Haltung gegenüber Smartphones zu bilden, genauso schätzt er, dass die App für über 35-jährige KlientInnen nicht geeignet ist (D/Z. 137, 140-141). Er geht davon aus, dass zwischen 30 und 40 % seiner KlientInnen Smartphone-Geräte besitzen (vgl. D/Z. 143). Auch wenn Experte D die therapeutische Beziehungsarbeit als zentral erachtet, gibt er zu, dass er aufgrund von Umstrukturierungsmaßnahmen, seinem Auftrag in der vorgegebenen Zeit nicht einheitlich nachkommen kann (D/Z. 146-154). Aus diesem Grund würde eine Nachsorge-App als Unterstützungsangebot durchaus Sinn ergeben (vgl. D/Z. 160-162). Abschließend bemängelt Experte D,

dass in unserer schnelllebigen Zeit zwischenmenschliche Beziehungen zu kurz kommen, was aus seiner Sicht die Ursache für die Entstehung von Sucht ist (vgl. D/Z 146-154).

Zusammenfassung

Insgesamt sprechen sich alle vier ExpertInnen positiv für die Installierung einer Nachsorge-App in die Regelversorgung bei suchtkranken Patienten aus. An unterschiedlichen Stellen werden Empfehlungen für die Entwicklung einer Nachsorge-App formuliert. Die Dimensionen Alter und Geschlecht sollten bei der Gestaltung der Nachsorge-App mitgedacht werden, um ein adäquates Angebot für verschiedene KlientInnen-Gruppen bereitstellen zu können. Zudem stellt sich die Frage nach der Finanzierung. Befürchtungen zum Thema Datenschutz werden ausschließlich von Expertin C teilweise formuliert, wobei es ihr mehr um das Benutzen der App in der Öffentlichkeit als um Cyberhacking geht. Das lässt darauf schließen, dass diesbezüglich keine Ängste auf Seiten der BehandlerInnen vorliegen. Bei allen ExpertInnen ist zu erkennen, dass sie eine Nachsorge-App als eine alltagsfähige Unterstützung einschätzen. Trotzdem fehlen noch Studien, um eine Gesamtbeurteilung abgeben zu können. Laut den ExpertInnen besitzt etwa die Hälfte ihres Klientels ein Smartphone-Gerät. Einen höheren Anteil vermuten Expertin B und C bei Jugendlichen. Bedenken äußern einzelne Experten bezüglich von Externalisierungsprozessen und Beziehungsreduktionen.

4.4 Ergebnisse der Fachkonferenz

Um einen Vergleich zu ermöglichen wird ein Pilotprojekt skizziert, welches innerhalb einer Fachkonferenz der Salus Klinik und der Fachhochschule Frankfurt vorgestellt wurde. An der Fachkonferenz zum Thema *Sucht 2020-Chancen und Grenzen der Neuen Medien in der Prävention, Beratung und Therapie* waren circa 250 TeilnehmerInnen anwesend. Dabei handelte es sich um Fachkräfte aus allen Bereichen und Stationen der Suchthilfe, aus Bildungswerken, Schulen- und Landesschulen, Psychotherapeutischen Praxen, unterschiedlichen Fach- und Landesstellen der Suchthilfe sowie Studierenden der Sozialen Arbeit und VertreterInnen vom Bundeskriminalamt, Rundfunk und Presse. Die teilnehmende Beobachtung fand in diesem Rahmen in einem Fachworkshop zur Nachsorge statt. Hierbei stellte ein Forscherteam ein Smartphone-Projekt vor. Konkret geht es um eine Software, die für jedes internetfähige Endgerät entwickelt werden soll (vgl. FK/Z. 149-152). Die

technische Umsetzung erfolgt über halbautomatisierte Fragen, automatisch-therapeutische Unterstützung, Einbindung von Fachpersonal (Therapeuten, Moderatoren, Gruppen/Betroffene) und Speicherung von Daten (vgl. FK/Z. 159-160, 160-163, 165, 168-170). Als konkrete Smartphone-Bausteine nennen die ReferentInnen 1, 2 und 3 Monitoring, Kalender, Chat, Notfallprogramm, Skills und Sternchensammlung (vgl. FK/Z. 155-156, 156-157, 163-164, 164-165, 166-168, 172-174, 180-181). Durch das tägliche Monitoring führen die Ergebnisse der Abfrage zu unterschiedlichen Möglichkeiten. Befindet sich der Patient im grünen Bereich, erhält er positive Verstärkung in Form von standardisierten Sätzen (vgl. FK/Z. 187-198). Im Falle eines Notfalls zum Beispiel, wird ein Alarm beim Therapeuten ausgelöst und der Patient erhält Handlungsempfehlungen wie z. B. Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Therapeut hingegen gewinnt über das Warnsignal die Möglichkeit aktiv zu werden, indem er den Patienten z. B. anruft (vgl. ebd.). Weiter betonen die ReferentInnen, dass sie sich bewusst für ein Smartphone-Programm und gegen eine Smartphone-App entschieden haben, da das Programm die Daten auf einen Server und nicht auf ein Smartphone speichert (vgl. FK/Z. 212-218). Dabei sehen die ReferentInnen eine höhere Datensicherheit gegeben, weil die Daten zudem nur temporär gespeichert werden, auch wenn eine völlige Sicherheit nicht gewährleistet werden kann (vgl. ebd.). Während der teilnehmenden Beobachtung, bei der auch die hier entwickelte Nachsorge-App zum Gesprächsthema wurde, positionierten sich die ReferentInnen zu den Vor- und Nachteilen der verschiedenen Ansätze wie folgt:

Eine Smartphone-App hat laut Referentin 3 mehr Selbstmanagementanteile und es bleibt zu erforschen, welcher Ansatz adäquater sein wird (vgl. RE3/Z. 244-256). Referentin 3 ist jedoch der Meinung, dass die Abbruchquote ohne therapeutische Unterstützung höher ist (vgl. ebd.). Jedoch stellt sie fest, dass es aktuell nur wenige Vergleichsstudien gibt (vgl. ebd.) Ihrer Ansicht nach liegt der Vorteil ihrer Smartphone-Software darin, dass der Therapeut Informationen vom Patienten erhält. Trotzdem sieht sie die Möglichkeit einer Verknüpfung beider Ansätze gegeben und gibt an, dass die Involvierung von BeraterInnen in das Programm mit viel Aufwand verbunden ist (vgl. ebd.). Laut Referentin 3 werden die KlientInnen über ihr Projekt aufgesucht, motiviert und instruiert (vgl. ebd.). Referentin 1 resümiert, dass es in dem Software-Projekt vielmehr darum geht, dass die Einrichtungen besser über ihre Patienten informiert werden und nicht um Nachsorge (vgl. RE1/Z.257-260). Wobei Referentin 3 schon der Meinung ist, dass es im nächsten Schritt, um die Nachsorge gehen wird (vgl. RE3/Z.261-265). Doch zunächst soll es um

die Kompatibilität auf Seiten der Teilnehmer gehen (vgl. ebd.). Während des Diskursverlaufs wurde beobachtet, dass die teilnehmenden Akteure sehr interessiert an den Inhalten waren. Einige stellten Fragen z. B. zu den automatisierten Antworten, zur Zeitdauer des Projektes oder zu Kooperationsmöglichkeiten (vgl. TExy/Z. 183-184, 222, 266-267).

Zusammenfassung

Die Software-Variante für Smartphones unterscheidet sich von einer Smartphone-App hauptsächlich darin, dass die Software nicht nur von Handygeräten, sondern auch von Tablets, Laptops und allen internetfähigen Endgeräten genutzt werden kann. Der Focus liegt auf der Übermittlung von PatientInnenendaten an BehandlerInnen. Das heißt, es geht darum, dass die TherapeutInnen über Abfragedienste besser über den Gefühlszustand ihrer KlientInnen Bescheid wissen. Damit können sie mehr intervenieren, sollte das Programm einen Notfall ermitteln. Die Entscheidungsgrundlage für die Anmeldung eines Notfalls bildet eine automatisierte Frage-Antwort-Erfassung, bei dem das Programm die Situation der KlientInnen bewertet und einschätzt. Zudem sollen TherapeutInnen über Chats und Einsichtnahme der KlientInnendaten zum Einsatz kommen. Es ist nicht ganz klar, was Referentin 1 damit meint, es handele sich bei dem Projekt nicht um eine Nachsorge, da das Projekt den Titel Smartphone gestützte Nachsorge für stationär entwöhnte Alkoholiker trägt (vgl. Kramer 2014: 98). Gleichwohl sind sich die ReferentInnen einig, dass eine höhere Datensicherheit in einer Software-Variante besteht, auch wenn sie feststellen, dass es keinen hundertprozentigen Schutz gibt. Die Bausteine, die sie entwickeln, haben eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung. Dabei wird mit Verstärkern und Konsequenzen gearbeitet, nämlich dann, wenn das Programm Trophäen über Sternchen verteilt oder TherapeutInnen aktiviert, weil die eingegebenen Antworten unbefriedigend sind.

5. Technische Umsetzung der Ergebnisse in eine Smartphone-App

5.1 Ablauf der Entwicklung

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, wie die Ergebnisse der Datenerhebungen in die Nachsorge-App integriert wurden. Alle drei bis vier Wochen fand ein Treffen mit dem Forschungsteam im großen Podium statt. Darüber hinaus wurde das hochschuleigene Forum *Moodle* genutzt, um über Entwicklungsabläufe, Entwicklungsprobleme, Aufgaben, Änderungen oder Neuerungen zu kommunizieren. Zu dieser Plattform hatten alle Beteiligten des Forschungsprojektes Zugang. Moodle bietet nicht nur die Möglichkeit der Kommunikation, sondern auch das Hochladen von Daten und Bildern. Somit konnten Ergebnisse der Datenerhebung für alle transparent gemacht werden. Die Deadlines für die Fertigstellung einzelner Bausteine und die Festlegung von Forumsthemen wurden von der Autorin und zum Teil von den beteiligten ProfessorInnen festgelegt. Wobei alle ForumsteilnehmerInnen berechtigt waren, Themen reinzustellen. Insgesamt fand der Austausch sowohl über Moodle, als auch über regelmäßige Treffen statt. Die App-Entwickler erhielten bei der Umsetzung Unterstützung von Professoren der Fakultät Informatik. Wogegen die Autorin bezüglich der wissenschaftlichen Erhebung Unterstützung von ihrem betreuenden Professor erhielt. Die Vermittlung der Ergebnisse an die Informatikgruppe erfolgte durch die Autorin selbst. Die Dokumentation über die Entwicklung wird im Kapitel 5.2 dargestellt.

5.2 Integration der Studierenerhebung in eine Smartphone-App

Auf Basis der ermittelten Praxismethoden, haben wir uns für eine verhaltenstherapeutische Ausrichtung der App-Dienste entschieden. Für die Entwicklung des Piloten wurden folgende Dialoge an einzelne Studierende zugeteilt:

- **Webinterface**
- **Startseite**
- **Ablenkung**
- **Tagebuch**

- **Anlaufstellen und**
- **Notfallkoffer**

Die Datenerhebung der Experteninterviews hat nämlich gezeigt, dass Bewältigungsstrategien, Schutzhandlungen und-gedanken individuell verschieden sind, welche im Therapieprozess erarbeitet werden. Aus diesem Grund wurde das Webinterface implementiert. Dabei handelt es sich um eine Software-Schnittstelle, die es über das Internet ermöglicht, dass suchtkranke PatientInnen gemeinsam mit ihren TherapeutInnen die in der Therapie erarbeiteten Sätze und Handlungen für sich eintragen können. Danach kann die Nachsorge-App auf die eingetragenen Datensätze im Webinterface zugreifen. Hierfür wird ein Passwort benötigt, welcher der Patient/die Patientin erhält und ändern kann. Somit wird eine individuelle Nachsorge-App möglich gemacht, dessen Zugang nur der Betroffene/die Betroffene selbst hat. Des Weiteren wurde herausgefunden, dass in der verhaltensorientierten Praxis Methoden und Arbeitsblätter wie Notfallkoffer und Tagebuchschreiben gängig sind. Darum wurden auch diese Dienste übernommen. Um Anlaufstellen bereitstellen zu können, wurden für den Piloten sämtliche Einrichtungen im Raum Landshut/Freising/München mit Anschrift und Telefonnummern zusammen getragen. In der Datenerhebung kamen die ExpertInnen an unterschiedlichen Stellen auf Praktikabilität und Attraktivität zu sprechen. Hierfür wurde als Startseite ein Ampelsystem entwickelt, bei dem je nach Selbsteinschätzung der aktuellen Situation, die KlientInnen nach rot, gelb und grün auswählen können. Je nach Ampelfarbe werden unterschiedliche App-Dienste angezeigt. Die detaillierte Beschreibung der Nachsorge-App erfolgt im nächsten Kapitel.

5.3 Technische Beschreibung

Im Rahmen der Forschungsarbeit dokumentierten die App-Entwickler die einzelnen Bausteine in Form eines Projektstagebuches, welches mit Screenshots und technischen Beschreibungen versehen wurde.

Um sich eine bessere Vorstellung über die Nachsorge-App machen zu können, werden im folgenden Teile des Projektstagebuches hinsichtlich Kommentierungen und Bildern präsentiert:

Die Einrichtung der Nachsorge-App erfolgt über das Webinterface. Die BehandlerInnen können über die Eingabe von Datensätzen gemeinsam mit den KlientInnen die Nachsorge-App einrichten.

The image shows a web interface for creating a patient profile. At the top, there is a header with the text 'Suchtprohylaxe' on the left and a navigation menu with links: 'START', 'PATIENT', 'SPRÜCHE', 'ABLENKUNG', 'ANLAUFSTELLEN', and 'LOGOUT'. Below the header, the main content area is titled 'Patient anlegen'. It contains five input fields labeled 'Vorname:', 'Nachname:', 'Loginname:', 'Geburtsdag', and 'Email:'. To the right of these fields are two buttons: 'Patient anlegen' and 'Daten löschen'. At the bottom of the page, there is a footer with links: 'IMPRESSUM', 'KONTAKT', and 'SITEMAP'.

Abb. 6 Webinterface – Patienten anlegen

Des Weiteren können TherapeutInnen gemeinsam mit KlientInnen individuelle Datensätze eingeben. Damit die App auf die Daten zugreifen kann, müssen alle erforderlichen Datensätze ausgefüllt werden. Sobald der Status *Daten vollständig* aufleuchtet, kann die Nachsorge-App aktiviert werden.

Suchtprohylaxe

START

PATIENT

SPRÜCHE

ABLENKUNG

ANLAUFSTELLEN

LOGOUT

10

Einträge anzeigen

Suchen

ID

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

E-Mail

Status

Daten

Notfallkoffer

Sprüche

Ablenkung

1	Otto	McKinney	1989-04-11	o.mckinney@localhost.com	Daten vollständig				
2	Uwe	Meitzer	1992-12-12	uwe.meitzer@localhost.com	Fehler anzeigen				
3	Andrea	Singh	1984-04-12	andrea.singh@mail.com	Fehler anzeigen				
4	Nadine	Baran	1950-10-05	n.baran@mail.com	Fehler anzeigen				
12	test	test	2014-04-23	buhm4m@arcorde	Fehler anzeigen				

1 bis 5 von 5 Einträgen

◀ Zurück

Nächster ▶

IMPRESSUM

KONTAKT

SITEMAP

Abb. 7 Webinterface - Patienten bearbeiten

Die nachfolgende Abbildung zeigt Beispiele für Ablenkungsstrategien. Je nach Stimmungslage werden passende Strategien eingegeben. Zum Beispiel hat ein Patient während seiner Entwöhnungstherapie beobachtet, dass ihm bei Angstzuständen das Lesen eines aufmunternden Buchs hilft.

Suchtprohylaxe

START

PATIENT

SPRÜCHE

ABLENKUNG

ANLAUFSTELLEN

LOGOUT

Ablenkungen

+Neue Ablenkungs-Möglichkeit

Show 10 entries

ID ▲ Text

Search:

Emotion

Bearbeiten

Löschen

1	Lies ein aufmunterndes Buch!	Angst	Bearbeiten	Löschen
2	Unterhalte dich mit einem guten Freund darüber!	Angst	Bearbeiten	Löschen
3	Geh raus! Bewege dich!	Aggression	Bearbeiten	Löschen
4	Besuche alte Freunde!	Einsamkeit	Bearbeiten	Löschen
5	Mach einen Spaziergang!	Langeweile	Bearbeiten	Löschen
6	Iss eine Tafel Schokolade!	Suchtdruck	Bearbeiten	Löschen
7	Schön, dass es dir gut geht!	Gut	Bearbeiten	Löschen
8	Suche dir jemanden zum Reden!	Frust	Bearbeiten	Löschen

Showing 1 to 8 of 8 entries

Previous Next

IMPRESSUM

KONTAKT

SITEMAP

Abb. 8 Webinterface – Ablenkungen

Die einzelnen Datensätze können jederzeit aktualisiert, geändert oder gelöscht werden:

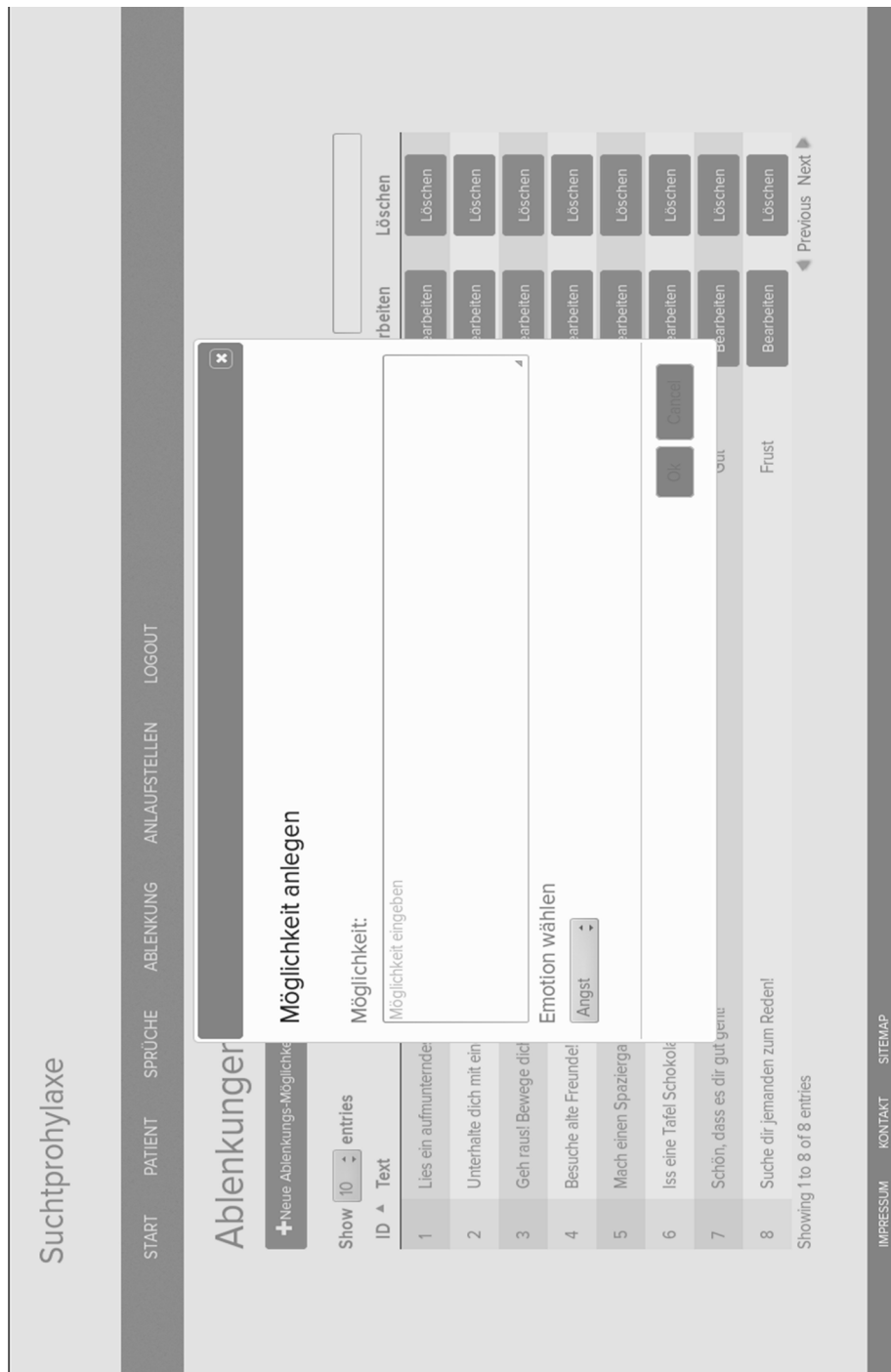


Abb. 9 Webinterface – Eingabe von Ablenkungen

Die Startseite

Nachdem die Einrichtung abgeschlossen ist, erhält der Klient/die Klientin ein Passwort für die Nachsorge-App. Auf dem Handy erscheint dann folgendes Bild



The screenshot shows a mobile application interface for creating a password. The status bar at the top indicates 89% battery and the time 11:50. The app's header is dark with the title 'Passwort erstellen' and an Android robot icon. The main area is light gray and contains three input fields: 'E-Mail', 'Token', and 'PIN erstellen' (with a sub-field 'PIN wiederholen' next to it). A 'Bestätigen' button is located at the bottom right.

Dieses Dialogfenster wird beim ersten Start präsentiert. Die E-mail Adresse und der Token authentifizieren die App gegenüber der Web-Anwendung.

Dadurch kann nur der berechnete Nutzer/die berechnete Nutzerin die Daten abrufen. Der Pin wird beim späteren starten der Anwendung notwendig.

Abb. 10 Startseite

Die konfigurierte Nachsorge-App

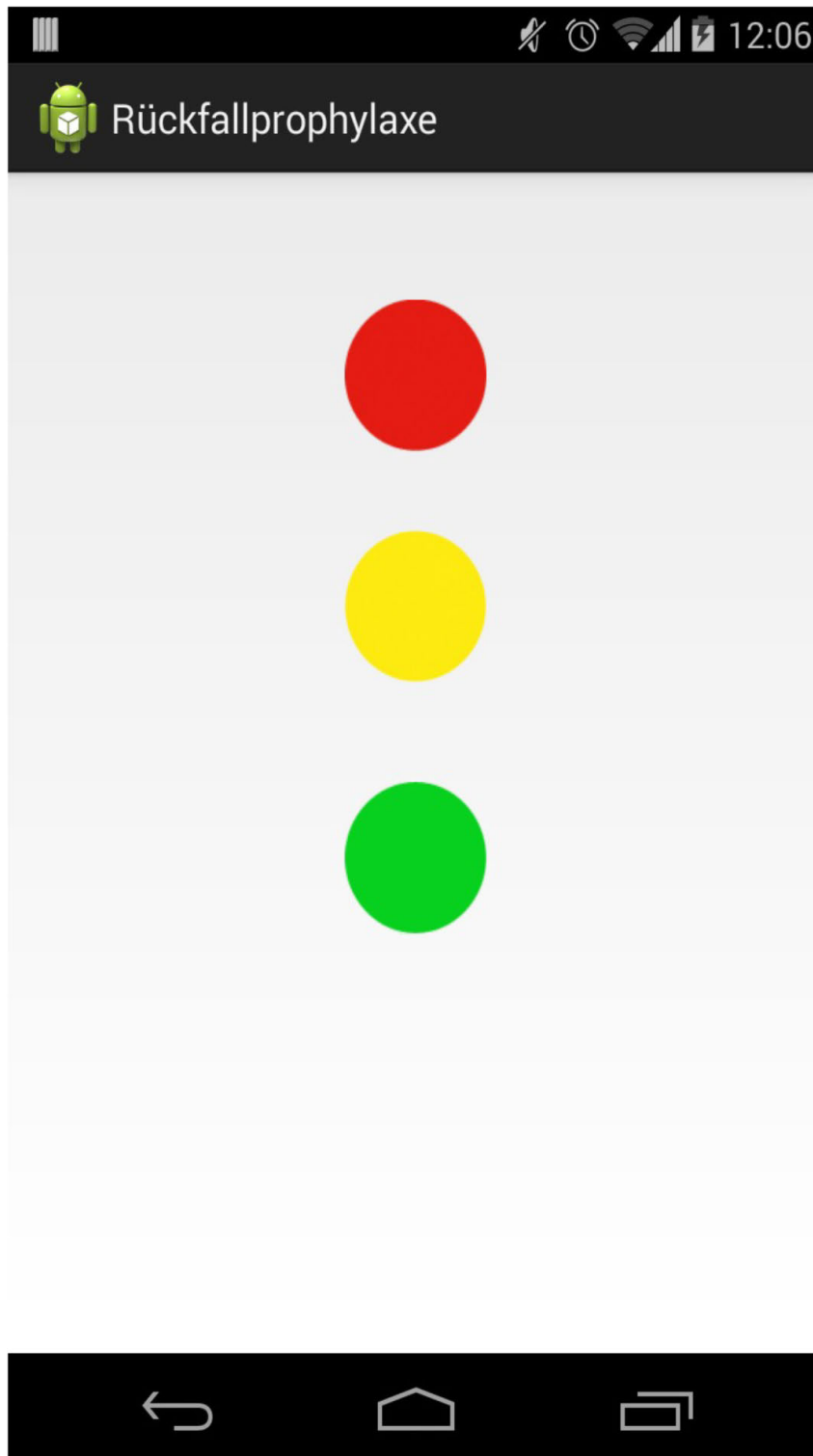


Sobald die Einrichtung abgeschlossen ist, sieht so das normale Startfenster mit der Pin-Abfrage aus.

Somit werden die auf dem Gerät lokal gespeicherten Daten verschlüsselt.

Abb. 11 PIN-Abfrage

Das Ampelsystem

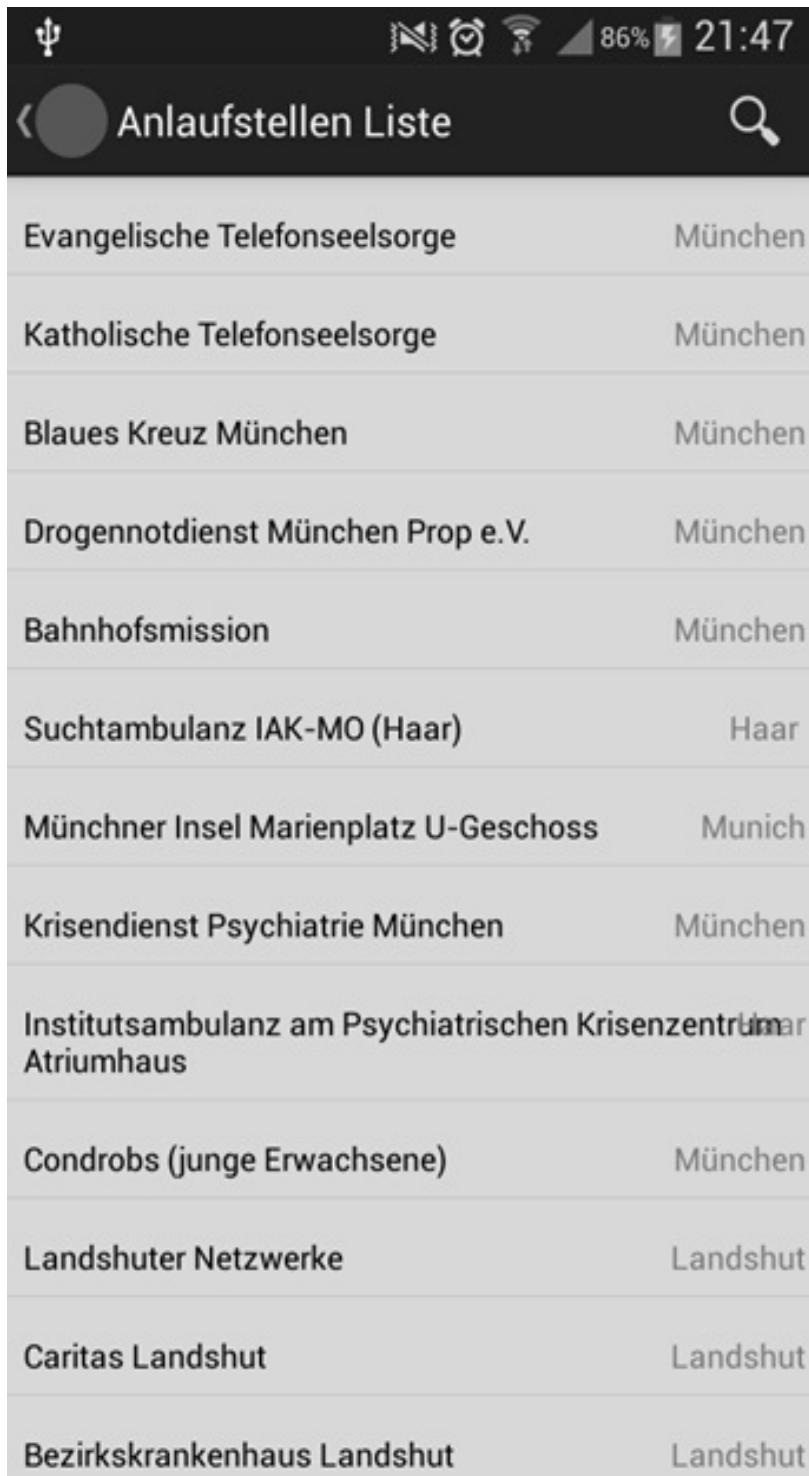


Nachdem die Pin eingegeben wurde, erscheint ein Ampelsystem.

Je nach Dringlichkeit kann der/die Nutzer/in die passende Funktion für sich auswählen.

Abb. 12 Ampelsystem

Die Anlaufstellen:



Evangelische Telefonseelsorge	München
Katholische Telefonseelsorge	München
Blaues Kreuz München	München
Drogennotdienst München Prop e.V.	München
Bahnhofsmision	München
Suchtambulanz IAK-MO (Haar)	Haar
Münchner Insel Marienplatz U-Geschoss	Munich
Krisendienst Psychiatrie München	München
Institutsambulanz am Psychiatrischen Krisenzentrum am Atriumhaus	München
Condrobs (junge Erwachsene)	München
Landshuter Netzwerke	Landshut
Caritas Landshut	Landshut
Bezirkskrankenhaus Landshut	Landshut

Wird der rote Punkt angetippt, kommen NutzerInnen direkt auf die Anlaufstellen, da wir davon ausgehen, dass es sich um eine akute Krise handelt.

NutzerInnen treffen dann eine Auswahl.

Abb. 13 Rote Ampel

Die ausgewählte Hilfsstelle wird dann im Detail angezeigt und sofort angerufen werden. Beim Antippen der Karte wird der Standort der Einrichtung angezeigt:

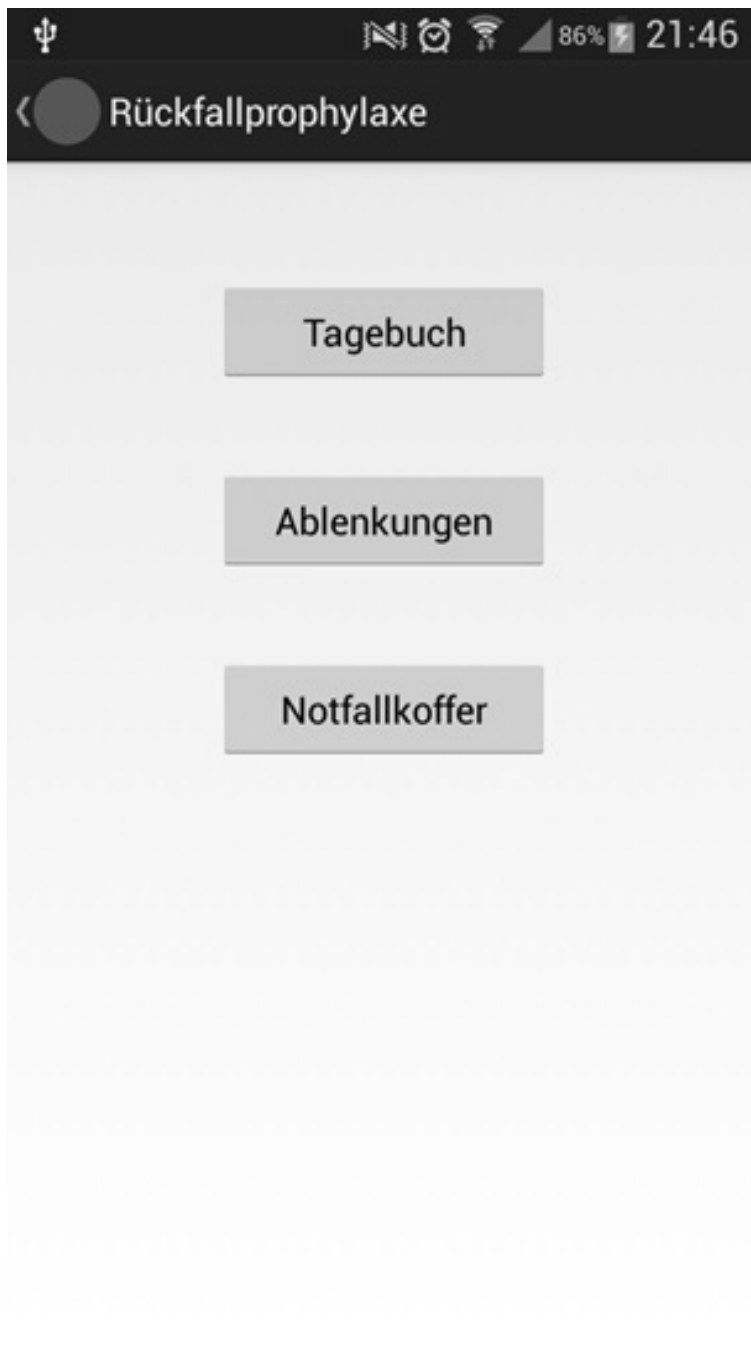


Abb. 14 Einrichtungen



Abb. 15 Karte

Der gelbe Punkt des Ampelsystems führt zu weiteren App-Diensten. Es wird davon ausgegangen, dass sich die NutzerInnen in keiner akuten Krise befinden. Darum werden die Anlaufstellen hier nicht mehr angezeigt:

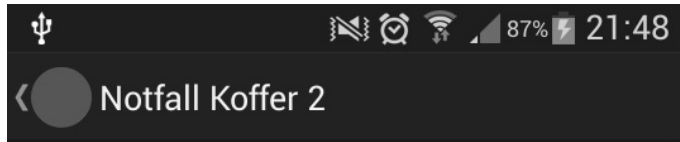


Das Tagebuch soll alkohol-
kranke Menschen helfen,
eigene Gedanken aufzu-
schreiben. Dabei können
ältere Einträge eingesehen
und diese mit Emotionen
oder Bildern versehen wer-
den.

Die NutzerInnen können
sich zudem für verschiedene
Ablenkungsstrategien, je
nach aktueller Emotion,
entscheiden. Sollten Nutze-
rInnen beginnenden Sucht-
druck oder Langeweile ver-
spüren, können sie sich hier
Anregungen zur Ablenkung
holen.

Abb. 16 Gelbe Ampel

Der Notfallkoffer zeigt weitere Strategien, um NutzerInnen in Risikosituationen Selbstschutz ermöglichen zu können.



Ich brauche Hilfe

helper 1
Telefonnummer 1

helper 2
Telefonnummer 2

Ich tue etwas was mir hilft

safety action 1

safety action 2

Ich denke an etwas was mir hilft

thought 1

thought 2

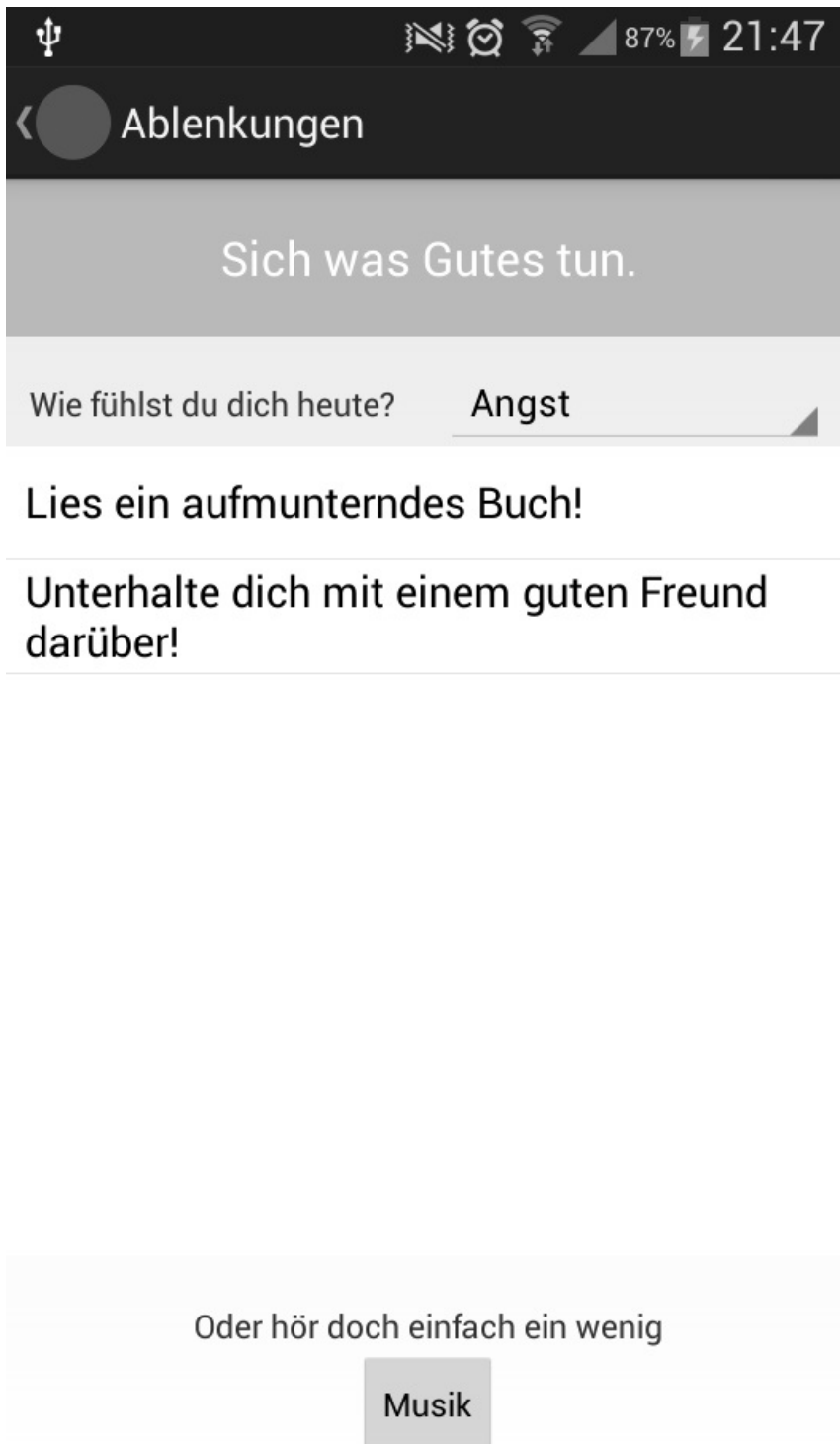
Meine Notfallschritte um 2. Glas zu verhindern:

limit relapse 1

limit relapse 2

Hier können Kontaktpersonen abgerufen werden, die in Krisensituationen bereit stehen.

Abb. 17 Notfallkoffer



Die individuell eingegebenen Ablenkungsstrategien werden in Kombination mit der aktuellen Gefühlslage angezeigt. Es besteht zudem die Möglichkeit Musik aus der eigenen Playlist abzurufen.

Abb.18 Ablenkungen

The screenshot shows a mobile application interface for a diary. At the top is a dark status bar with icons for USB, silent mode, alarm, Wi-Fi, and battery level (87%) along with the time 21:47. Below this is a dark header bar with a back arrow, a circular button, the text 'Eintrag hinzufügen', a paperclip icon, and a checkmark icon. The main content area has a light gray background. It starts with the date '17.05.2014'. Below the date is a text input field with the placeholder 'Titel'. Underneath that is another text input field with the placeholder 'Eintrag'. At the bottom of the form is a 'Stimmung:' label followed by a dropdown menu currently showing 'Angst'. The rest of the screen is empty.

Das Tagebuch ermöglicht das Festhalten von Gefühlen und Gedanken.

Abb. 19 Tagebuch

Der grüne Punkt der Ampel zeigt alle Dienste an, somit auch die Anlaufstellen. Die Einstellungen auf Webinterface und alle Tagebucheinträge werden dauerhaft und verschlüsselt gespeichert. Entwickelt wurde die Nachsorge-App für folgende Software:

- Android, ab Version 4.0 auf Benutzerendgeräten
- Webserver mit PHP-Unterstützung
- MySQL Datenbank auf Webserver

Für die Hardware wird benötigt:

- Webserver, es genügt hier jeder handelsübliche PC
- Android-Gerät

Für den Prototypen fehlen die Errungenschaften vom Patienten, welche in Form von Abstinenzdiagramme und Trophäen angezeigt werden sollten. Zudem hätten die Ablenkungen auch mit nützlichen App-Spielen ergänzt werden sollen. Beides konnte aufgrund des zeitlichen Rahmens nicht mehr umgesetzt werden, auch wenn dies angedacht war.

6. Diskussion

6.1 Kritische Auseinandersetzung mit dem Einsatz von Smartphone-Apps in der Suchtkrankenhilfe

Die Klinische Sozialarbeit ist eine Expertise für das Soziale und verfügt über eine Methodenvielfalt unterschiedlichster Disziplinen wie z. B. aus der Psychologie, Pädagogik, Systemtheorie und Medizin. In der vorliegenden Masterarbeit fließen zusätzlich Methoden aus der Informatik und den Kommunikationswissenschaften mit ein. Mit dem person-in-environment-Ansatz, welcher in der Klinischen Sozialarbeit verankert ist, könnte sich E-Mental-Health als eine zusätzliche Praxismethode für die Profession entwickeln. Schließlich geht es bei diesem Ansatz um die Unterstützung des Menschen in seinem Umfeld. Zu diesem Zwecke werden die Ergebnisse aus dem empirischen Teil mit Ergebnissen der Forschung verglichen und diskutiert. Diese Verdichtung der Studienresultate soll dazu beitragen, die formulierte Forschungsfrage zu beantworten.

6.1.2 Chancen

Die vorgestellten Studien aus Alaska, Wisconsin, Australien und Deutschland demonstrieren die unterschiedlichen Vorgehensweisen in der Entwicklung von Smartphone-Anwendungen. Dabei kristallisiert sich heraus, dass Smartphone-Apps nicht nur im Sinne von Kontrolle, sondern auch im Sinne von Selbstbestimmung entwickelt werden können (siehe Kapitel 2.4.3). Wir haben uns für die zweite Variante entschieden, bei der suchtkranke Menschen selbstständig handeln dürfen und sollen. Denn das Ziel einer Suchttherapie ist stets die Stärkung von Eigenverantwortung, Eigenständigkeit und Selbstmotivation (siehe Kapitel 2.3.2 und 4.1). Die Zahlen zu Rückfallhäufigkeiten beleuchten, dass die differenzierten Angebote nicht ausreichen, da Katamnese Studien eine Rückfallquote von 33 % sechs Monate nach und von 54 % vier Jahre nach Therapieende ermitteln (siehe Kapitel 2.3.2). Ein Problem besteht darin, dass weiterführende Maßnahmen nicht zeitnah erfolgen (vgl. ebd.), und Menschen mit einer Alkoholabhängigkeit nach therapeutischen Interventionen oft nicht genügend austherapiert und stabilisiert sind (siehe Kapitel 4.3). Das liegt zum einen an dem regelmäßig stattfindenden Personalwechsel

in Einrichtungen (siehe Kapitel 4.3) und zum anderen an der Schwierigkeit der Behandlung von Alkoholabhängigkeit, da es sich um eine chronische Erkrankung handelt (siehe Kapitel 2.2). Eine chronische Erkrankung benötigt eine lang andauernde Therapie, deren Dauer individuell unterschiedlich ist. Die Nachsorge-App könnte Rückfallquoten reduzieren, da damit eine therapeutische Unterstützung längerfristig bereitgestellt werden würde. Wie im Kapitel 2.3 beschrieben, werden Weiterbehandlungsmaßnahmen von den Kostenträgern nicht unbegrenzt finanziert. Die Nachsorge-App könnte diese Lücke schließen, da Studien belegen, dass suchtkranke Menschen Smartphone-Angebote längerfristig nutzen (vgl. McTavish et. al.: 2012: 294). Außerdem könnte die Festigung von Abstinenz mit der Nachsorge-App erreicht werden (vgl. C/Z. 76-83), zumal die persönliche Motivation stets wiederholt eingesehen werden kann. Sofern keine kognitiven oder motorischen Beeinträchtigungen vorliegen (vgl. McTavish Kapitel 2.4.3), kann die Nachsorge-App für Menschen, die den Umgang mit neuen Medien gewöhnt sind, eine bereichernde Unterstützung im Alltag darstellen (siehe Kapitel 4.2). So sehen auch die interviewten ExpertInnen Potenziale in App-Diensten, wie z. B. in der Festigung erworbener Kompetenzen oder dem Erinnern von gesetzten Zielen und dem Anzeigen von Anlaufstellen (vgl. ebd.). Zu betonen ist, dass die Nachsorge-App nicht das Ziel verfolgt, zwischenmenschliche Beziehungen zu ersetzen (vgl. D/Z. 146-154). Vielmehr geht es darum, Gelerntes aus der face-to-face Behandlung beizubehalten und fortzuführen.

Zudem sparen Smartphone-NutzerInnen kostbare Zeit, denn bei Krisen müssen sie nicht erst nach Einrichtungen, Telefonnummern oder Notfallkarten suchen. Die Nachsorge-App stellt in komprimierter Fassung, alle relevanten Möglichkeiten zur Verfügung. Für suchtkranke Menschen liegt die Chance darin, sich bei Krisen schneller Hilfe zu verschaffen und Rückfällen frühzeitig vorzubeugen. Eine Verlinkung mit Online-Foren würde auch lange Anfahrten einsparen, wobei dies nur zu befürworten wäre, wenn PatientInnen über soziale Ressourcen und/oder stabile Beziehungen in ihrem Umfeld verfügen. Hinzu kommt, dass Paper&Pencil-Methoden überflüssig würden. Die Nachsorge-App hat die Digitalisierung therapeutischer Methoden vorgenommen, um das „Mitführen von Strategien“ sicher zu stellen. Menschen tragen in den meisten Fällen ihr Handy stets mit sich, denn Smartphone-Geräte nehmen nicht viel Raum ein und können leicht transportiert werden. Die Nachsorge-App wirkt ebenfalls Stigmatisierungsprozessen entgegen, da die Benützung eines Handys keine Rückschlüsse auf eine bestehende Erkrankung zulässt. Anders ist es beim Herausausziehen und Lesen von Notfallkar-

ten. Außerdem lassen erste Erkenntnisse von McTavish et. al. (siehe Kapitel 2.4.3) erkennen, dass Smartphone-Anwendungen von PatientInnen bevorzugt gegenüber Computerprogramme genutzt werden. Folglich kann der Einsatz von Smartphones im Gesundheitsbereich für die Behandlung erkrankter Menschen empfohlen werden.

6.1.3 Risiken

Leider gibt es in Deutschland wenige Vergleichsstudien (vgl. RE3/Z. 244-256). Auch die dargestellten Forschungsbestrebungen kommen zu dem Schluss, dass keine Ergebnisse zur Wirksamkeit hinsichtlich Rückfallvermeidung vorliegen (siehe Kapitel 2.4.3). Darum muss die Wirksamkeit dieser Nachsorge-App noch geprüft werden, um Risiken oder Grenzen ausfindig machen zu können. Ein mögliches Risiko könnte darin bestehen, dass die formulierten Schutzgedanken und Schutzhandlungen nicht auf Dauer greifen. Um diese modifizieren zu können, müsste eine Kontaktaufnahme zur Einrichtung erfolgen, da diese den Zugang zum Webinterface haben würden. In diesem Kontext bleiben KlientInnen von ihren BezugstherapeutInnen abhängig. Es könnte Überwindung kosten, wenn z. B. eine ehemalige Patientin nach drei Jahren feststellt, dass sie eine Änderung vornehmen möchte, weil die Strategien nicht mehr zur ihrer aktuellen Lebensphase passen. Die Überwindung könnte darauf basieren, dass Stigmatisierungsprozesse von Seiten der BehandlerInnen befürchtet werden würden. Zum Beispiel etwa, wenn ein Rückfall bei der Patientin vermutet werden und direkte Fragen diesbezüglich gestellt werden würden.

Eine weitere Schwierigkeit könnte ein Personalwechsel in der jeweiligen Einrichtung sein, denn dies scheint häufig aufzutreten (vgl. D/Z. 97-101). Hierbei müssten ehemalige KlientInnen wieder von neuem beginnen und Vertrauen zu neuen TherapeutInnen gewinnen. Da die Nachsorge-App ein technisches Tool ist, könnte es zudem zu technischen Problemen kommen. Wenn zum Beispiel Wartungsarbeiten benötigt würden, müsste geklärt werden, wer für die Reparaturen aufkommt. Außerdem könnten Funktionen ausgerechnet im Fall einer Krise ausfallen. Das würde ein großes Problem für KlientInnen darstellen, insbesondere, wenn Wartungen länger andauern würden. Somit dürften sich KlientInnen nicht von der Nachsorge-App abhängig machen. Zudem stellt die Datensicherheit bei der Nutzung von Smartphone-Geräten ein weiteres Risiko dar. Datenschutz ist ein wichtiges Thema, da es um sensible Patientendaten geht. Aus diesem Grund wird auf dieses Thema in Kapitel 6.3 konkreter eingegangen.

6.1.4 Abgrenzung zur Software-Variante

Wie zuvor beschrieben, finanzieren Kostenträger nur eine bestimmte Thera-
piedauer. Das bedeutet, dass bei der Entwicklung von weiterführenden Maß-
nahmen muss stets die Finanzierbarkeit geprüft werden muss. Das vorgestellte
Pilotprojekt bezüglich einer Smartphone-Software, sieht den regelmäßigen
Einsatz von TherapeutInnen vor. Die ReferentInnen des Projektes machen
offenkundig, dass die Integration von BehandlerInnen mit großem Aufwand
verbunden wäre. Größerer Aufwand bedeutet aber zugleich höhere Personal-
kosten. Darum erscheint mir unsere Smartphone-App kostengünstiger zu
sein, da die BehandlerInnen keine Nachrichten von KlientInnen bearbeiten
müssen. Trotzdem könnte unsere entwickelte Nachsorge-App noch mit be-
reits bestehenden Online-Foren verlinkt werden. Damit einerseits die Kosten
wiederum niedrig gehalten werden können und die KlientInnen andererseits
keinen Mangel an fachlicher Unterstützung erfahren müssten, bieten sich
Online-Foren an, die von ehrenamtlichen PsychologInnen oder Sozialpädä-
gogInnen geleitet werden. Als Beispiel ist hier die Online-Beratungsstelle
von Profamilia aus Regensburg zu nennen. Bei diesem Forum handelt es sich
um eine Online-Beratungsstelle, die von freien Trägern kostenfrei zur Verfü-
gung gestellt wird. Die Qualität von Beratungen wird über Fortbildung und
Supervision sichergestellt. Somit könnte die Nachsorge-App interaktiv ge-
nützt werden, ohne dass zusätzliche Kosten anfallen. Wichtig ist allerdings,
dass derartige Online-Foren die im Kapitel 2.4.2 erwähnten Qualitätskriterien
erfüllen.

Ein weiterer Vorteil der Nachsorge-App gegenüber dem Software-Piloten ist,
dass Smartphone-UserInnen keine Kontrolle oder übergriffige Unterstützung
erfahren müssen. Der User/die Userin muss beispielsweise nicht befürchten,
dass die Polizei vor der Tür steht, weil das Programm über eingegebene
Antworten eine Selbstgefährdung identifiziert hat. Selbstgefährdendes Ver-
halten sollte mit der Therapieentlassung ausgeschlossen werden. Und wenn
nicht, muss die Frage der freien Entscheidung ethisch diskutiert werden. Darf
ein Mensch aufgrund einer bestehenden Suchterkrankung kontrolliert wer-
den? Selbstbestimmung ist ein Menschenrecht, darum ist es aus einer Men-
schenrechtsprofession heraus fragwürdig, inwieweit Kontrolle stattfinden
darf. Der Deutsche Berufsverband für die Soziale Arbeit (kurz: DBSH) pos-
tulierte als ethisches Prinzip, dass der Mensch das Recht auf Selbstbestim-
mung hinsichtlich seiner Entscheidungen hat (vgl. DBSH 2009: 8). Gemeint
ist damit, Entscheidungen unabhängig von äußeren Zwängen und von der

eigenen Vernunft geleitet zu treffen (vgl. Schlittmeier 2004: 27). Ein ebenso wichtiges Prinzip der DBSH ist das Prinzip des Wohlergehens (vgl. ebd.: 26). Das bedeutet, sobald Hilfe oder Unterstützung eingefordert wird, muss die Klinische Sozialarbeit dem nachgehen und sich bei der Hilfeleistung am Wohl des Klienten orientieren (vgl. ebd.). Doch Kontrolle aufgrund eines computer generierten Warnsignals auszuüben, widerspricht nicht nur dem Autonomieprinzip, sondern auch dem Wohlergehensprinzip. Allgemein gilt, dass berufsethische Prinzipien immer wieder mit dem Prinzip der Selbstbestimmung korrelieren können (vgl. Schlittmeier 2004: 27). Trotzdem bedarf der Umgang mit suizidalen Äußerungen einer professionellen, menschlichen Einschätzung. Aus diesem Grund existieren insbesondere für Gesundheitsberufe ethische Richtlinien wie z. B. Meta-Code on Ethics der EFPA oder Code of Ethic der CSWF. Diese Richtlinien können Betroffene aus Helferberufen heranziehen, um moralisch vertretbare Entscheidungen zu treffen. Bei akuter Selbstgefährdung, die eine Indikation wie z. B. Zwangseinweisung zur Folge haben könnte, gibt es kein ‚richtiges‘ Vorgehen. Es sind die Akteure selbst, die ihr Handeln nach ethischen Prinzipien entscheiden und dokumentieren müssen (vgl. Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW 2005: 8). Darum ist anzuzweifeln, dass ein Softwareprogramm komplexe Entscheidungen treffen kann, bei denen es um Fragen der Autonomie und Menschenrechte geht. Zumal bleibt in der Logik des Warnsignals offen, wer die Verantwortung im Falle einer Fehlentscheidung übernimmt. Was geschieht, wenn die Software Selbstgefährdung hätte ermitteln müssen, dies aber wegen technischer Defekte nicht signalisiert hat? Was ist, wenn ein Nachsorge-App Nutzer aus Langeweile oder Trotz Negativantworten getippt hat, um sämtliche Instanzen in Aufruhr zu versetzen? Wer kommt für die unnötigen Kosten auf? Aus meiner Sicht ist ein Alarmsignal überflüssig, denn auch in der Telefonseelsorge ermitteln BeraterInnen feinfühlig den Ernst der Lage. Ein Computerprogramm kann das nicht und somit ist diese Funktion weder für AnwenderInnen noch für AnbieterInnen eine adäquate Hilfestellung.

Nichtdestotrotz lassen sich sowohl in der Nachsorge-App als auch in der Software-Variante Gemeinsamkeiten feststellen. Die Bausteine sind ähnlich konzipiert, weil sie in beiden Fällen auf verhaltenstherapeutischen Methoden basieren. Aus diesem Grund ließe sich eine Kombination aus beiden Projekten vorstellen. Da beide Projekte noch nicht evaluiert sind, gilt es abzuwarten, welche Herangehensweise die besseren Ergebnisse erzielt. Diese sind vom Klientel hinsichtlich Alter, Geschlecht, Suchtdauer und vielen anderen Faktoren abhängig.

6.2 Datenschutz

Die Vor- und Nachteile des Internets und der internetbasierten Endgeräte, müssen stets in einen zeitlich-historischen Kontext gesetzt werden. Die Gefahren und Risiken bezüglich des Datenschutzes sind nicht zuletzt wegen dem NSA-Fall im Jahr 2013 bewusster geworden. Der 11. September hatte den US-Amerikanischen Geheimdienst NSA dazu veranlasst, weltweit Daten von BürgerInnen zu sammeln (vgl. Tagesschau.de 2013). Damit wurde gegen das Grundrecht vieler Menschen verstoßen. Edward Snowden machte den Anfang und setzte die Öffentlichkeit über die NSA-Bestrebungen in Kenntnis. Seither werden regelmäßig in den Medien NSA-Skandale aufgedeckt. Die NSA hörte z. B. das Handy der Bundeskanzlerin Angela Merkel ab (vgl. Süddeutsche.de 2014). Zwar sind derartige Spionageaktionen strafbar und die Bundesanwaltschaft ermittelt gegen die NSA, doch die Öffentlichkeit erfährt wenig über Prozessverläufe und über den Umfang des Abhörens deutscher Kommunikation (vgl. ebd.). Darum gelten Smartphones nicht mehr als sicher. Die NSA-Affäre hat somit ein öffentliches Bewusstsein hinsichtlich der Risiken neuer Technologien geschaffen. Aus diesem Grund werden neue Berufe wie Kryptografen immer wichtiger, bei deren Tätigkeit es um die Verschlüsselung und Sicherstellung von Daten geht (vgl. Zeit.de 2013).

Mit der beschriebenen Enthüllung wird ein wichtiges Qualitätskriterium für die Therapeuten-Klient-Beziehung erkennbar. Patientendaten sind zu schützen, weil PatientInnen über ihre Daten z. B. Opfer gezielter Werbung werden könnten. Das heißt, in einer therapeutischen Beziehung muss es auch um Aufklärung und Schutzempfehlungen bezüglich der Smartphone-Geräte gehen. Bei Medikamenten, die von Pharmaunternehmen hergestellt werden, bestehen ebenfalls Risiken in Form von Nebenwirkungen. Hier erhalten KlientInnen Auskunft, Rat und Dosierungsempfehlungen von ÄrztInnen und ApothekerInnen. Ähnlich könnte es sich bei einer Smartphone-Nachsorge-App verhalten, bei der BehandlerInnen die passende Nachsorgeform für KlientInnen auswählen und sie dabei individuell beraten. Das Ausstellen von GPS kann Smartphone-NutzerInnen beispielsweise davor schützen, lokalisiert zu werden.

Darüber hinaus veranlasst der NSA-Fall ebenfalls dazu, dass WissenschaftlerInnen vorausschauend und verantwortungsbewusst in die Entwicklung gehen. In unserer Nachsorge-App haben wir die Anwendung mit einem Passwort versehen. Zudem werden die Daten wie Ablenkungen oder Schutzge-

danken auf dem Server der Hochschule gespeichert. Dieser hat alle notwendigen Schutzvorkehrungen eingerichtet. Somit gewähren wir eine gute Sicherheit, allerdings kann es keinen hundertprozentigen Schutz geben. Die Speicherung von Patientenakten auf Servern von Arztpraxen, Suchteinrichtungen, Krankenhäusern oder im Fall der Nachsorge-App auf Hochschulen, ist stets einem gewissen Restrisiko ausgesetzt. Doch ein bewusster Umgang mit neuen Medien, kann zu einem guten Schutz beitragen. Hierzu müssen Mediengrenzen und ihre Risiken fundierter untersucht werden, um mehr Erkenntnisse für Schutzvorkehrungen sammeln zu können (siehe Eichenberg Kapitel 2.4.2).

6.3 Kooperationen

Der Prototyp erfüllt fast alle angedachten Dienste, die über eine qualitative Studiienerhebung erfasst worden sind. Der fertige Prototyp könnte in eine erste Testphase gehen, in der mit Suchthilfeeinrichtungen kooperiert werden könnte. Dabei wäre es wünschenswert, wenn Faktoren wie Gender, Alter, Herkunft ebenfalls untersucht werden würden.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit an der Hochschule Landshut hat gezeigt, dass eine fakultätsübergreifende Forschungsarbeit möglich ist und zu guten Ergebnissen führen kann. Termine und Treffen wurden stets eingehalten. Offene Fragen konnten im Rahmen der Sitzungen für beide Seiten geklärt werden, auch wenn eine Vertiefung in den jeweiligen Disziplinen nicht vorgenommen werden konnte. Informatik und Klinische Sozialarbeit haben sich gegenseitig gut ergänzt und wir haben Einblicke in die jeweilig anderen Denkweisen und Methoden erhalten. Somit kann konstatiert werden, dass die Forschungsarbeit auch eine persönliche Bereicherung für die Studierenden gewesen ist. Bei der Umsetzung gab es an einigen Stellen technische Schwierigkeiten wie z. B. bei der Präsentation oder bei der Darstellung der Anlaufstellen. Diese wurden aber transparent gemacht, so dass alle Beteiligten bis zur Behebung der Probleme weiter arbeiten konnten. Um Stärken und Schwächen der Nachsorge-App reflektieren zu können, wurde das Projekt im Forschungsteam evaluiert. Die Ergebnisse der Teamreflexion fließen in die nachfolgenden Kapitel mit ein.

6.4 Stärken der Studie

Die Stärke der vorliegenden Arbeit liegt zum einen auf der Datengewinnung aktueller Diskurse in Forschung und Praxis, zum anderen auf der Analyse der interdisziplinär-entwickelten Nachsorge-App. Die Natur der Forschungsfrage gestattete es, sich auf gegenwärtige Forschungsentwicklungen beziehen zu können. Da neueste Artikel und Aufsätze während der Studienphase veröffentlicht wurden, konnte die Aktualität und die Relevanz der Forschungsfrage gezeigt werden. Die Teilnahme von 250 Personen aus dem Gesundheitsbereich am Fachkongress in Frankfurt, offenbart das rege Interesse an neuen Medien in der Suchthilfe. Darüber hinaus wurden im interdisziplinären Forschungsteam Behandlungsmethoden gut kommuniziert, vermittelt und verarbeitet. Das führte zu einer gelungenen Digitalisierung therapeutischer Arbeitsblätter und Manuale. Die Nachsorge-App basiert überdies auf Forschungserkenntnissen, die sowohl in der Literatur als auch empirisch ermittelt worden sind. Da die App parallel entwickelt wurde, konnte zeitnah erkannt werden, welche Inhalte technisch umgesetzt werden können und welche nicht. Damit ergaben sich keine unangenehmen Überraschungen und es konnte eine funktionsfähige App realisiert werden. Ferner konnte gezeigt werden, dass die auf dem Markt angebotenen Gesundheits-Apps meist keine erkenntnistheoretischen Kriterien aufweisen. Unsere Nachsorge-App hingegen erhebt einen wissenschaftlichen Anspruch.

Die vorliegende Masterarbeit ermöglicht die Einleitung weiterer Forschungsbestrebungen, denn die vielfältigen Möglichkeiten einer Smartphone-App hinsichtlich der Unterstützung von Suchtpatienten, konnten aufgedeckt werden. Auch wenn noch keine Wirksamkeitsstudien bei Smartphone-Anwendungen ermittelt werden konnten, verdeutlichen Erhebungen zu Online-Beratungen den positiven Effekt neuer Medien in der Suchthilfe. Zudem ist auch die Darstellung möglicher Risiken gelungen, welche mit Empfehlungen komplettiert wurden. Eine weitere Stärke der Masterarbeit ist, dass stets auf eine gendersensible Sprache geachtet worden ist, was besonders im technischen oder therapeutischen Sprachduktus derzeit ungewöhnlich ist. Die Masterarbeit will damit den gesellschaftlich etablierten Gender-Diskurs aufnehmen und einen Beitrag zur Geschlechtergleichstellung beitragen.

6.5 Schwächen der Studie

Bezüglich der Nachsorge-App, gab es für die Entwicklung des Prototypen ein begrenztes Zeitfenster. Daher konnte die Verlinkung zu Online-Beratungsprogrammen, Beratungsforen und die Darstellung von Abstinenztagen mit Trophäen nicht mehr in die App integriert werden. Diese Dienstleistungen sind erstrebenswert, da empirisch bestätigt wurde, dass der interaktive Austausch mit anderen Betroffenen oder ForenleiterInnen für SuchtpatientInnen sehr wichtig ist. Eine andere Schwäche liegt darin, dass wenig Bezug auf Wirksamkeitsfaktoren genommen werden konnte, weil diese in der Forschung noch nicht analysiert worden sind. Bei den dargestellten Studien handelte es sich meist um Pilotprojekte, welche nur zum Teil evaluiert wurden. Das zeigt zum einen, dass der Einsatz von Smartphones in der Suchthilfe aktuell ist, zum anderen dass es weiterer Studienergebnisse bedarf, um die hier gestellte Forschungsfrage hinsichtlich Chancen und Risiken vollständig beantworten zu können. Es bleibt auch zu prüfen, ob eine Nachsorge-App nur von bestimmten Altersgruppen genutzt werden würde. Es ergeben sich weitere Fragen bezüglich Design und Attraktivität. Das Ampelsystem könnte unnötig erscheinen, besonders der grüne Punkt, der alle Dienste aufzeigt. Doch sollten hierbei nicht unbedingt die Anlaufstellen, sondern nützlichere Dienste wie z. B. Abstinenzdiagramme angezeigt werden. Doch wie bereits erwähnt, konnte dies zeitlich nicht mehr realisiert werden. Ein weiterer Kritikpunkt wurde in der Projektevaluierung genannt. Einige TeammitgliederInnen hätten gerne die Zeit gehabt, mehr Information über die jeweilig andere Profession einzuholen. Auch wenn die Arbeitsaufträge transparent gemacht wurden, entstand an mancher Stelle das Bedürfnis tiefer in die Materie einzusteigen. Zudem wurde einmal genannt, dass die Akkulaufzeit bei Smartphone-Geräten meist kurzlebig ist oder dass die PIN-Eingabe als zu aufwendig erachtet werden könnte. Abschließend wurde darauf aufmerksam gemacht, dass der Tagebuch-Dienst nur sinnvoll ist, wenn regelmäßige Eintragungen gemacht werden würden. Schade ist, dass es in der Befragung Experten ohne Erfahrung mit Smartphone-Kenntnisse gab. Das führt zu der Erkenntnis, dass nicht nur KlientInnen, sondern auch BehandlerInnen über Grenzen und Chancen von Smartphones aufgeklärt werden müssten. In diesem Zusammenhang könnten weitere Kriterien formuliert oder ermittelt werden, wie eine Behandlung mit Smartphones erfolgreich gelingen kann.

7. Fazit

Die Versorgungslandschaft in der Suchthilfe weist einige Defizite auf. Die hohe Zahl an Rückfallhäufigkeiten zeigt, dass sowohl KlientInnen als auch TherapeutInnen in einem systembedingten Teufelskreis festsitzen. Zum einen liegt das daran, dass der unkontrollierte Umgang mit Alkohol meist auf Konditionierungsprozesse zurück zu führen ist. Dabei handelt es sich um eine chronische psychische Erkrankung, die in ihrer Schwere verschiedene Ursachen haben kann. In der Multikausalität von Abhängigkeitserkrankungen wird in einem bio-psycho-sozialen Ansatz deutlich, dass soziale Unterstützung und Integration wichtige Faktoren für den Heilungsprozess darstellen. Ein Methodenmix aus verhaltenstherapeutischen, psychoanalytischen und systemischen Methoden scheint für die Praxis der Klinischen Sozialarbeit eine adäquate Behandlungsstrategie bei Alkoholabhängigkeit zu sein. Trotzdem kommt es bei einer Alkoholerkrankung häufig zu Rückschlägen, auch wenn eine länger andauernde Abstinenz vorliegt. Zum anderen sind die Rückfallhäufigkeiten damit zu erklären, dass Therapiebehandlungen hinsichtlich Umfang und Zeitdauer statisch sind, denn Kostenträger legen eine einheitliche Finanzierungsdauer fest. Außerdem geht der Trend dahin, dass Langzeittherapien und Nachsorgebehandlungen aus Kostengründen verkürzt werden. Rationalisierungsmaßnahmen in der Suchthilfe erschweren damit den Therapieerfolg maßgeblich. Daraus resultiert, dass KlientInnen nicht immer austherapiert sind, sobald sie aus stationären Einrichtungen entlassen werden.

Aufgrund verschiedener Systemlücken und ungünstiger Therapieverläufe wird in der vorliegenden Masterarbeit das Ziel verfolgt, Alternativmöglichkeiten in der alkoholbedingten Weiterbehandlung zu erforschen und zu entwickeln. Einerseits wurde beobachtet, dass neue Medien wie z. B. Online-Beratungsangebote bereits im Umlauf sind. Andererseits erscheint der Einsatz von Smartphones als sinnvoll, denn Statistiken belegen, dass immer mehr Menschen über Internetzugang und über Smartphone-Geräte verfügen. Fernerhin werden zunehmend Smartphone-Apps aus den Bereichen Lifestyle, Business oder Gesundheit heruntergeladen. Die bis dato verfügbaren Gesundheits-Apps basieren viel zu selten auf wissenschaftlichen Befunden. Dieses Erkenntnis gibt Anlass zur Forschungsfrage, in der es um die Entwicklung und Analyse einer adäquaten Smartphone-App für alkoholabhängige Menschen geht. Zu diesem Zweck wurde ein interdisziplinäres Forschungsprojekt zwischen der Klinischen Sozialarbeit und der Informatik initiiert, mit der

Absicht Erkenntnisse aus der qualitativ geführten Empirie in eine Nachsorge-App zu integrieren. Hierzu wurden mittels Experteninterviews und teilnehmender Beobachtung bzw. ethnographischer Forschungsmethodik, Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage generiert. Die ExpertInnen, die sowohl in stationären als auch in ambulanten Einrichtungen der Suchthilfe arbeiten, stehen einer Nachsorge-App tendenziell positiv gegenüber. Drei von vier interviewten BehandlerInnen war es möglich, eigene Ideen zu App-Diensten zu entwickeln. Ein herausragender Vorteil wird in der Visualisierung von Zielen, Bewältigungsstrategien oder Anlaufstellen vermutet.

Zudem konnte ausfindig gemacht werden, dass in der Logik von sozial-kognitiven Therapiebehandlungen der Fokus auf der Stärkung von Selbstkompetenz liegt. Hierbei werden in face-to-face Gesprächen, in Selbsthilfe- oder Indikativgruppen aber auch in reiner Selbstbeobachtung Strategien zum selbstbestimmten Leben ohne Alkohol analysiert und eingeübt. Die erlernten Kompetenzen wie z. B. Stressmanagement oder Vermeidung von Risikosituationen, müssen auch nach Therapieende weiter trainiert werden. Der Konsum von Suchtmitteln ist als eine langjährig erworbene Strategie zu verstehen, die dem alkoholabhängigen Menschen hilft mit gewissen Situationen wie z. B. Angst oder Ärger gut umgehen zu können. Derartige Gewohnheiten zu ändern und durch neue Bewältigungsstrategien zu ersetzen, scheint für einige Personengruppen ein langer Prozess zu sein. Ein selbstbestimmtes Leben heißt Aktivierung von Ressourcen in der eigenen Lebenswelt, fern ab von Mauern und klinischen Strukturen. Es bedeutet auch die Kontaktaufnahme zu helfenden Personen in Krisensituationen.

In der vorliegenden Studie wurde gezeigt: Der Mensch als soziales und intelligentes Wesen benützt Technologien um sich mitteilen zu können, aber auch um sich hilfreiche Unterstützungsmöglichkeiten zu beschaffen. Suchtkranke PatientInnen haben über technische Geräte die Möglichkeit ihre therapeutisch erworbenen Bewältigungsstrategien jederzeit abzurufen. Dabei ergibt sich die Chance längerfristig abstinent bleiben zu können, indem sich der suchtkranke Mensch regelmäßig mit seiner Krankheit auseinandersetzt. Nach dem Durchlaufen von Therapieprozessen wird der eigenverantwortliche Umgang mit der Suchterkrankung über die Nachsorge-App ermöglicht. Es bleibt noch zu untersuchen, für welche KlientInnengruppen die Smartphone-App geeignet ist. Die interviewten ExpertInnen betonen, dass es eine Reihe von suchterkrankten Menschen gibt, die von einer Nachsorge-App profitieren würden. Insbesondere wenn die App-Funktionen auf die durchlaufene Therapieinhalte aufbauen.

Das interdisziplinäre ForscherInnenteam hat eine adäquate Nachsorge-App entwickelt. Wir haben Funktionen wie Tagebuch, Anlaufstellen oder Ablenkungen in die Nachsorge-App integriert. Die Schutzgedanken und Schutzhandlungen (wie z. B. Sport treiben, Kaltduschen) können individuell über das Webinterface eingegeben werden. Das Thema Datenschutz wurde sowohl für die Nachsorge-App als auch in der wissenschaftlichen Ausarbeitung behandelt. Die App-NutzerInnen können sich nur über ein Passwort Zugang in die App verschaffen, wobei in einem vorherigen Schritt die Authentifizierung über die Email-Adresse erfolgen muss. Zudem werden auf einem sicheren Server (in diesem Fall auf dem Hochschulserver, der alle Sicherheitsstandards erfüllt) nur Daten bezüglich Schutzgedanken, Schutzhandlungen, Anlaufstellen oder Ablenkungen gespeichert. Sensiblere Daten wie z. B. Gesprächsverläufe werden für die App nicht benötigt. Insgesamt ist die App für eine Testphase einsatzbereit. Nach einer evaluierten Modifizierung könnte die Nachsorge-App in die Regelversorgung mit aufgenommen werden. Allerdings müssten Finanzierungsmodelle entwickelt werden. Das könnte über weitere Kooperationen oder durch die Vergrößerung eines interdisziplinären Teams mit Wirtschaftsprofessionen impliziert werden. Wichtig dabei ist, dass das Erkenntnisinteresse nicht aus den Augen verloren wird, denn im Vordergrund stehen das Wohl und die Wahrung der Würde des Menschen. Wissenschaft und Forschung müssen sich ihrer Verantwortung bewusst sein, wenn sie neue Wege gehen. Dabei können Fehleinschätzungen durchaus entstehen, nur müssen diese transparent gemacht werden, um Lösungswege oder Verbesserungsvorschläge finden zu können.

Die Klinische Sozialarbeit hat aufgrund ihrer interdisziplinären Ausrichtung das Potenzial und die Kompetenz eine Schnittstelle für interdisziplinäre Forschungsbestrebungen zu sein. In diesem Forschungsdesign zeigt sich, dass Stärken wie transparente Kommunikation, fächerübergreifende Vermittlung und multiperspektivisches Fallverstehen, unabdingbar werden. Die Klinische Sozialarbeit ist eine Schnittstellenprofession und siedelt sich darum in Arbeitssettings an, in denen sie sich Fachterminologien verschiedenster Disziplinen aneignen muss (bisher therapeutische oder medizinische Fachterminologie). Darum ist sie es gewohnt, sich in unterschiedlichen Fachsprachen und logiken zurechtzufinden. Da Menschen an multikausalen Auslösern erkranken und mittels multidimensionalen Behandlungen genesen können, ist eine Schnittstellenprofession im Gesundheitsbereich erforderlich. Damit gemeint ist *Bewährtes* voran zu treiben und *Neues* zu entwickeln, denn die Klinische Sozialarbeit hat den Anspruch einer ganzheitlichen Betrachtungsweise und bio-psycho-sozialen Unterstützung.

Abbildungsverzeichnis

Abb.1: Therapiekette (Förstl & Leucht 2012: 58)	16
Abb.2 Suchtdreieck (Institut Suchtprävention 2014)	20
Abb.3 Rückfallhäufigkeit nach stationärer Behandlung (Körkel & Schindler 2003: 7)	21
Abb.4: Rückfallprozess (Altmannsberger 2004: 21)	23
Abb.5: Netzgeflüster (Kaenders 2001: 19)	26
Abb.6 Webinterface – Patienten anlegen	56
Abb.7 Webinterface - Patienten bearbeiten	57
Abb.8 Webinterface – Ablenkungen	58
Abb.9 Webinterface – Eingabe von Ablenkungen	59
Abb.10 Startseite	60
Abb.11 PIN-Abfrage	61
Abb.12 Ampelsystem	62
Abb.13 Rote Ampel	63
Abb.14 Einrichtungen	64
Abb.15 Karte	64
Abb.16 Gelbe Ampel	65
Abb.17 Notfallkoffer	66
Abb.18 Ablenkungen	67
Abb.19 Tagebuch	68

Quellenverzeichnis

Altmannsberger, Walter (2004): Kognitiv-verhaltenstherapeutische Rückfallprävention bei Alkoholabhängigkeit-ein Trainingsmanual, Göttingen/Rosdorf.

Atteslander, Peter (2010): Methoden der empirischen Sozialforschung; 13. Auflage, Berlin.

Bauer, Stephanie/Moessner, Markus/Wolf, Markus (2011): Internetbasierte Nachsorge zur Förderung der Nachhaltigkeit psychotherapeutischer Behandlungen. In: Psychotherapie im Dialog 2/2011 - 12. Jahrgang, S. 148-152.

Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Ralf (2011): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung, 3. Auflage, Opladen & Farmington Hills, MI.

Bowen, Sarah/Chawla, Neha/Marlatt, Alan (2012): Achtsamkeitsbasierte Rückfallprävention bei Substanzabhängigkeit - Das MBRP-Programm, Weinheim-Basel.

Breuer, Franz (2010): Reflexive Grounded Theory – Eine Einführung für die Forschungspraxis; 2. Auflage, Wiesbaden.

DBSH/Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit (2009): Grundlagen für die Arbeit des DBSH e. V., Berlin/Essen.

Deci, Edward/Ryan, Richard (1985): Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior, New York.

Deutsche Rentenversicherung (2006): <http://www.a-connect.de/pdf/bfa.pdf>, [16.06.2014 um 11:04 Uhr].

Deutsches Ärzteblatt (2014): 1,8 Millionen Alkoholabhängige in Deutschland: <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/57160/1-8-Millionen-Alkoholabhaengige-in-Deutschland> [10.03.14 um 13:51 Uhr].

DHS/Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2009): Alkohol und Jugendliche:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Factsheets/100318_Factsheet_Alkohol_und_Jugendliche.pdf [10.03.14 um 16:20].

DHS/Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2012): Jahrbuch Sucht, Lengerich.

DHS/Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2013): Alkoholabhängigkeit - Suchtmedizinische Reihe:

http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Broschueren/Suchtmed_Reihe_1_Alkohol.pdf/ [08.03.2014 um 14: 01 Uhr].

Dörner, Klaus/Plog, Ursula/Teller, Christine/Wendt/ Frank (2002): Der sich und Andere versuchende Mensch S. 235-278 in: Irren ist menschlich/ Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie, Bonn.

Dulin, Patrick/Gonzalez, Vivian/King, Diane/Giroux, Danielle/Bacon, Samantha (2013): Development of a smartphone-based, self-administered intervention system for alcohol use disorders, In: Alcoholism Treatment Quarterly (31), S. 321-336.

Eichenberg, Christiane (2011): Zur Rolle moderner Medien in der Psychotherapie - Stand und Perspektiven. In: Psychotherapie im Dialog 2/2011 - 12. Jahrgang, S. 102-106.

Fachlexikon der Sozialen Arbeit (2011): Sucht, S. 889-890, 7. Auflage, Hrsg. Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V., Baden-Baden.

Feuerlein, Wilhelm (2008): Alkoholismus-Warnsignale, Vorbeugung, Therapie, 6. Auflage, München.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung-Methoden und Anwendungen-Ein Überblick für die BA-Studiengänge, Hamburg.

Förstl, Hans/Leucht, Stefan (2012): Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie, Stuttgart.

Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1967): The Discovery of Grounded Theory - Strategies for Qualitative Research, Chicago.

Gläser, Jochen/Laudel, Grit (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse, 4. Auflage, Wiesbaden.

Grabbe, Michael (1995): Therapieziele aus systemischer Sicht. In: Heigl-Evers, Annelies/ Helas, Irene/ Vollmer, Heinz C. (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen/Zürich, S. 142-158.

Heigl-Evers, Annelies (1995): Vermittlung von innerer und äußerer Realität in der Abhängigkeits- und Suchttherapie - Psychoanalytische Sicht In: Heigl-Evers, Annelies/ Helas, Irene/ Vollmer, Heinz C. (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen/Zürich, S.11-29.

Heigl-Evers, Annelies/Helas, Irene/Vollmer, Heinz, C/Büchner, Uwe (2002): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten-Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen.

ICD-10/Internationale Klassifikation psychischer Störungen (2011): ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien, 8. Auflage, Hrsg. Dilling, Mombour, Schmidt et al., Bern.

Institut Suchtprävention (2014):

<http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.137/view.141/level.4/>
[17.05.2014 um 13:08 Uhr].

Kaenders, Detlef (2001): Die vernetzte Welt - Einführung ins Internet, In: Poseck, Oliver (Hrsg.): Sozialarbeit online, Neuwied, Kriftel, S. 3-30.

Klein, M. (1999): Praxisfeld Suchthilfe [The practice of addiction treatment]. In: Badry, E., Buchka, M. & Knapp, R. (Hrsg.): Pädagogik - Grundlagen und Arbeitsfelder. Neuwied/ Luchterhand, S. 495 -505, 3. Auflage.

Kloss, Jörg, H (2011): Android-Apps – Programmierung für Einsteiger, München.

Körkel, Joachim, Schindler, Christine (2003): Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen - Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R., Berlin, Heidelberg, New York.

Kramer, Diemar (2014): Smartphone gestützte Nachsorge für stationär entwöhnte Alkoholiker-Pilotstudie der salus klinik Friedrichsdorf. In: Sucht Aktuell (1), S.98.

Leonhardt, Hans Jürgen/Mühler, Kurt (2010): Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke – Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Beeinflussung kognitiv-emotionaler Ressourcen, Freiburg im Breisgau.

Liel, Katrin (2013): Suchtentstehung: https://moodle.diz-bayern.de/file.php/3237/MA_Sucht_4_Hintergruende_und_Entstehung.pdf
[30.05.14 um 21:08 Uhr].

Lindenmeyer, Johannes (2002): Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur spezifischen Behandlung von Alkoholmißbrauch. In: Heigl-Evers, Annelies/Helas, Irene/Vollmer, Heinz C./Büchner, Uwe (Hrsg.): Therapien bei Sucht und Abhängigkeiten - Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, Göttingen, S. 109-122.

Louis, Dirk/Müller, Peter (2014): Android – der schnelle und einfache Einstieg in die Programmierung und Entwicklungsumgebung, München.

McTavish, Fiona, M/Chih, Ming-Yuan/Shah, Dhavan/Gustafson, David, H. (2012): How Patients Recovering From Alcoholism Use a Smartphone Intervention, In: Journal of Dual Diagnosis, 8 (4), S.204-304.

Medizinisch-ethische Richtlinien der SAMW (2005): Zwangsmaßnahmen in der Medizin:

http://www.samw.ch/dms/de/Ethik/RL/AG/Zwangsmassnahmen_D_06.pdf
[01.08.2014 um 23:00 Uhr]

Mickley, Manfred (1995): Ressourcen- und lösungsorientierte Ansätze innerhalb der Suchttherapie In: Heigl-Evers, Annelies/Helas, Irene/ ollmer,

Heinz C. (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen/Zürich, S. 79-96.

Mortler, Marlene (2013): Alkohol: Situation in Deutschland

<http://drogenbeauftragte.de/drogen-und-sucht/alkohol/alkohol-situation-in-deutschland.html> [02.08.2014 um 19:30 Uhr].

Ott, Ralf (2003): Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In: Ott, Ralf/Eichenberg, Christiane (Hrsg.): Klinische Psychologie und Internet - Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, S. 128-147.

Ott, Ralf/Eichenberg, Christiane (2003): Klinische Psychologie und Internet - Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung, Göttingen/Bern/Toronto/Seattle.

Pauls, Helmut (2011): Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung, 2. Auflage, Weinheim/München.

Petzold, Hilarion/Scheiblich, Wolfgang/Günther, Thomas (2006): Drogen-therapie - Entwicklung, Formen, Methoden, Wirkungen und der Integrative Ansatz In: Petzold, Hilarion/Schay, Peter/Scheiblich, Wolfgang (Hrsg.): Integrative Suchtarbeit - Innovative Modelle, Praxisstrategien und Evaluation, Wiesbaden, S. 41-94.

Ploil, Eleonore Oja (2009): Psychosoziale Online-Beratung, München.

Rennert, Monika (2012): Co-Abhängigkeit - Was Sucht für die Familie bedeutet, 3. Auflage, Freiburg im Breisgau.

Savic, Michael/Best, David/Rodda Simone/ubman, Dan (2013): Exploring the focus and experiences of smartphone applications for addiction recovery, In: Journal of Addictive Disease (32), S. 310-319.

Schlittmaier, Anton (2004): Ethische Grundlagen Klinischer Sozialarbeit: <http://www.webnetwork-nordwest.de/dokumente/berufsethik.pdf> [01.08.2014 um 22:38 Uhr].]

Schmidbauer, Wolfgang/Vom Scheidt, Jürgen (1997): Handbuch der Rauschdrogen, 8. Auflage, München.

Schneider, Ralf (1995): Realistische Therapieziele: Eine Fiktion? - Verhaltenstherapeutische Sicht In: Heigl-Evers, Annelies/ Helas, Irene/ Vollmer, Heinz C. (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen/Zürich, S. 119-141.

Schwoon, Dirk, R. (2008): Basiswissen: Umgang mit alkoholabhängigen Patienten, 3. Auflage, Bonn.

SGB/Sozialgesetzbuch (2013): Das gesamte Sozialgesetzbuch SGB I bis SGB XII, Walhalla und Praetoria Verlag, Regensburg.

Statista.de (2014 a): Anteil der Internetuser in Deutschland von 2001 bis 2013:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/13070/umfrage/entwicklung-der-internetnutzung-in-deutschland-seit-2001/> [13.03.14 um 12:49 Uhr].

Statista.de (2014 b): Anzahl der Smartphone-Nutzer in den Jahren 2009 bis 2013 (in Millionen):

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/198959/umfrage/anzahl-der-smartphonenuutzer-in-deutschland-seit-2010/> [13.03.14 um 13:07 Uhr].

Statista.de (2014 c): Altersverteilung der Smartphone-Nutzer in Deutschland im Dezember 2012:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/255605/umfrage/altersverteilung-der-smartphone-nutzer-in-deutschland/> [13.03.14 um 13:57 Uhr]

Statista.de (2014 d): Anzahl der Downloads mobiler Apps in Deutschland in den Jahren 2009 bis 2012 (in Millionen):

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/168038/umfrage/anzahl-der-downloads-mobiler-apps-in-deutschland-seit-2009/> [13.03.14 um 14:37 Uhr].

Statista.de (2014 e): Top 15 Kategorien im App Store im Dezember 2013:

<http://de.statista.com/statistik/daten/studie/166976/umfrage/beliebteste-kategorien-im-app-store/> [13.03.14 um 14:36]

Süddeutsche.de (2014): Danke fürs Abhören:

<http://www.sueddeutsche.de/politik/nsa-affaere-und-kanzlerin-handy-danke-fuers-abhoeren-1.1867485> [30.07.2014 um 13:00 Uhr].

Tagesschau.de (2014): Wehe man sagt die Wahrheit:

www.tagesschau.de/ausland/snowden188.html [19.06.14 um 15:45 Uhr].

Tossmann, Peter (2007): Neue Wege in der Prävention des Drogenkonsums - Onlineberatung am Beispiel von Drugcom.de, BZga Band 31, Köln.

Vollmer, Heinz (1995): Innere und äußere Realität und entwicklungspsychologische Aspekte der Abhängigkeit - Verhaltenstherapeutische Sicht In: Heigl-Evers, Annelies/Helas, Irene/Vollmer, Heinz C. (Hrsg.): Suchtkranke in ihrer inneren und äußeren Realität - Praxis der Suchttherapie im Methodenvergleich, Göttingen/Zürich, S. 30-78.

WHO/Weltgesundheitsorganisation (2002): Lexikon zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen; Bern/Göttingen/Toronto/Seattle.

Zeit.de (2013): Kryptografie – Kampf um Leben und Code:

<http://www.zeit.de/zeit-wissen/2013/06/datenverschluesselung-kryptografen> [02.08.2014 um 12:50 Uhr]