

Stetina · Kryspin-Exner

# Gesundheit und Neue Medien

Psychologische Aspekte der Interaktion mit  
Informations- und Kommunikationstechnologien



SpringerWienNewYork



B. U. Stetina und I. Kryspin-Exner

# **Gesundheit und Neue Medien**

Psychologische Aspekte der Interaktion mit  
Informations- und Kommunikationstechnologien

SpringerWienNewYork

Dr. Birgit U. Stetina

Prof. Dr. Ilse Kryspin-Exner

*Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Universität Wien*

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt.

Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdruckes, der Entnahme von Abbildungen, der Funksendung, der Wiedergabe auf photomechanischem oder ähnlichem Wege und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten.

Gedruckt mit Unterstützung des Bundesministeriums für Wissenschaft und Forschung in Wien.

© 2009 Springer-Verlag/Wien

Printed in Germany

Springer-Verlag Wien New York ist ein Unternehmen von Springer Science + Business Media

springer.at

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Buch berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, daß solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürfen.

Produkthaftung: Sämtliche Angaben in diesem Fachbuch/wissenschaftlichen Werk erfolgen trotz sorgfältiger Bearbeitung und Kontrolle ohne Gewähr. Insbesondere Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden. Eine Haftung des Autors oder des Verlages aus dem Inhalt dieses Werkes ist ausgeschlossen.

Umschlagbild: José Luis Gutiérrez/iStock

Mit 14 Abbildungen in S/W

Satz: PTP-Berlin Protago-TeX-Production GmbH, 10781 Berlin, Deutschland

Druck: Strauss GmbH, 69509 Mörlenbach, Deutschland

SPIN: 11824336

Bibliografische Informationen der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-211-72014-1 SpringerWienNewYork

## Vorwort

Das vorliegende Buch wird von einer „Junior“- und einer „Senior“-Autorin herausgegeben, und diese Zusammenarbeit ist und war vorwiegend mit Freude verbunden: Schon lange bevor eLearning und blended learning sowie eSupport gängige Themen wurden, war Birgit U. Stetina noch als Studentin in einem Fachliteraturseminar von Ilse Kryspin-Exner zum Thema „Gesundheit & Internet“ (die erste Aufgabe bestand damals darin, sich einen E-Mail-Account zu organisieren, den die meisten Studierenden zu dieser Zeit noch nicht hatten!), später wurde Birgit U. Stetina Tutorin mit diesem Schwerpunkt, Studienassistentin, wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Lehr- und Forschungspraxis des Ordinariats Klinische Psychologie an der Universität Wien und ist zurzeit Gastprofessorin für Diplomarbeitsbetreuung an unserer Fakultät. Sie hat inzwischen in Know-how und Themenvielfalt zur eHealth längst die Initiatorin dieser Thematik überholt.

Warum war uns die Kombination des WWW und Gesundheitsfragen von Anfang an so wichtig? Informationssuche und die Kommunikation im Netz haben den Zugang und die Art des Wissenserwerbs verändert und zu anderen Wegen der Beziehungsaufnahme, Beziehungsgestaltung sowie Aufrechterhaltung zwischenmenschlichen Kontakts geführt. Laut einer Studie des US-amerikanischen Pew Research Centers hat 2008 das Internet als Nachrichtenmedium erstmals die Tageszeitung überholt, Platz eins nimmt nach wie vor (außer bei den unter 30ig Jährigen) das Fernsehen ein<sup>1</sup>. Die Informationsflut im Netz ist unüberschaubar, die Wege der Selektion von Auskünften und Hinweisen sind vielfältigst, individuell unterschiedlich und sehr subjektiv. Menschen lernen Meinungen aber auch andere Menschen via Internet kennen, sie tauschen sich über dieses Medium aus und manchmal entsteht rasch die Akzeptanz von Ideen oder persönliche Nähe über einen Pfad mit großer Distanz, sowohl wegen des technischen Kommunikations-

---

<sup>1</sup> Pressemeldung vom 27. 12. 08

mittels als auch räumlich gesehen. Darüber gibt es sowohl viele Berichte oder Geschichten (und viele davon auch wiederum „im Netz“) als auch jüngst spannende Romane<sup>2</sup>. Über den Weg von E-Mails oder Chats kann ständig Kontakt gehalten werden, Persönliches oder Wunschvorstellungen davon ausgetauscht und so rasch eine Form von Exklusivität bis Intimität entwickeln werden, ohne die Person am anderen Bildschirm je gesehen oder ihre Stimme gehört zu haben. Gefühle von sehnstüchtigem Warten auf Antwort, überraschende Geständnisse oder spurloses Verschwinden eines vertrauten E-Mail-Partners/Partnerin – weiß man überhaupt, ob es sich um eine Sie oder einen Er handelt? –, werden zu Themen, man kann sich Streicheleinheiten, Gute-Nacht-Küsse bis hin zur sexuellen Erregung im Internet abholen, wird somit zu einer Art Tamagotchi, das auch bereits kommerziell zur Pflege von Emotionen kreiert und angepriesen wird.

Schon sehr früh begannen sich die beiden Herausgeberinnen für die Bedeutung dieser Fragen in Hinblick auf die psychische Gesundheit von Menschen zu interessieren, wie uns insgesamt im Rahmen der Gesundheitspsychologie das Thema beschäftigte, dass zunehmend Menschen bei körperlichen und psychischen Beschwerden das Internet früher befragen als einen Arzt/Ärztin beziehungsweise Psychologen/Psychologin. Im WWW findet sich auch sehr rasch ein dazugehöriges Krankheitsbild oder eine Diagnose: als Reaktionen gibt es sowohl die Überbewertung von Symptomen und das Suchen von Bestätigung im Netz – Cyberchondria –, als auch die Auswahl von Informationen, warum es im Sinne des Negierens eine bestimmte Krankheit keinesfalls ist. Dies kann nun zur Einschätzung führen, dass eben Menschen in Bezug auf Gesundheitsfragen initiativer, kompetenter und selbststeuernder geworden sind als früher (Stichwort: „mündiger“ Patient) aber auch negativ betrachtet und die Gefahr von Fehldiagnosen, falschen therapeutischen Weichenstellungen bis hin zu Gefährdung durch Selbstbehandlung in den Vordergrund gestellt werden. Weil wir dies immer wieder diskutiert haben – wobei die Junior-Autorin naturgemäß eher die Pro-, die Senior-Autorin eher die skeptische Haltung dieser Entwicklung gegenüber eingenommen hat –, und weil wir immer häufiger einerseits positive Ergebnisse dieser Informationssuche gefunden aber gleichzeitig auch entdeckt haben, welche Abgründe sich im Bereich „Gesundheit & Internet“ auftun, haben wir uns entschlossen, diesen Reader zusammenzustellen. Unser Interesse gilt den Gesundheitsinformationen und deren Suche im WWW sowie „neuen Phänomenen“ im Internet wie Internetsucht, Online-Spielsucht (Online-Gaming und Online-Gambling), Online-Sexsucht bis hin zum finanziellen „Ruin“ durch Online-Dienste. Da stellt sich die Frage, inwieweit dies eigenständige Störungen sind oder eine Variante von bekannten Störungsbildern, die durch das Medium eine andere Ausprägung erhalten haben. Darüber hinaus lässt sich darüber diskutieren, ob das Internet als Spiegel der Gesellschaft aufzufassen ist, das sonst eher wenig sichtbare Einstellungen, Be-

---

<sup>2</sup> BAYER, TH. (2006). *Singvogel*. München: Piper.

GLATTAUER, D. (2006). *Gut gegen Nordwind*. Wien: Deuticke.

GLATTAUER, D. (2009). *Alle sieben Wellen*. Wien: Deuticke.

dürfnisse oder Variationen des Lebens wie durch eine Lupe fokussiert und durch die weltweite Vernetzung auch weltweite Communities ermöglicht, die manchmal gesundheitsgefährdende Ideen propagieren beziehungsweise zum Austausch ungewöhnlicher Bedürfnisse dienen.

Noch drei weitere Gründe haben uns dazu bewegt, Aspekte dieser Thematik in Buchform zusammenzufassen: „Behandlung“ über das Netz wird immer bedeutender – als Baustein oder neue Art von Intervention diskutiert. Und das hat die Junior-Autorin animiert, Projekte zu initiieren, wo dies effizient eingesetzt werden kann, die Senior-Autorin wiederum an die Anfänge ihrer Psychotherapieausbildung erinnert, als die „Systematische Desensibilisierung“ mit Vorgabe der Hierarchie-Items über den Computer<sup>3</sup> als Möglichkeit von der facheinschlägigen Szene mehrheitlich als obskur und abzulehnen beurteilt wurde, und dies die Frage aufwirft, wie sehr der Fortschritt der Technik insgesamt zu einem Umdenken führt. eHealth ist heute sehr breit angelegt, darunter fällt die Erfassung und Weitergabe medizinischer Daten ebenso wie die Gestaltung einer sichereren Umgebung und die Unterstützung sozialer Interaktionen. Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) haben ebenso wie Technik-unterstütztes Leben (ambient assisted living) zunehmend mehr Bedeutung, ein Schwerpunkt im 7. EU Rahmenprogramm widmet sich dieser Thematik im Bereich der enorm bedeutsamen Frage der Versorgung älterer Menschen. Zukünftig erwartet uns sicher eine weitere Zunahme bei der Vernetzung medizinischer Daten, komplexere Möglichkeiten der Medikamentenverschreibung (auch online) und/oder die Option der Überprüfung von Unverträglichkeiten oder Überdosierungen. Schließlich ist uns aufgefallen, dass es die längste Zeit kaum Publikationen zur Internetgestützten Informationsgewinnung, den entsprechenden epidemiologischen Fragestellungen und den Interventionen gab, jedenfalls fand diese Thematik in Fachzeitschriften mit breiterer Leserschaft selten Erwähnung.

Wie immer ändert sich im Laufe des Schreibens von Artikeln beziehungsweise Zusammenstellens von Beiträgen auch die Szenerie, innerhalb derer dies geschieht. Online-Zeitschriften nehmen sich vermehrt der Thematik an, bei Kongressen wird sie erörtert und selbst Skeptiker und Personen, die der Thematik ablehnend gegenüber stehen, haben erkennen müssen, dass das Internet mit WWW und allem was dieser Informations- und Kommunikationsweg mit sich bringt, aus dem Leben der heutigen Menschen nicht mehr wegzudenken ist. Noch immer gibt es jedoch selbst Wissenschaftler, die es ablehnen, sich mit diesen Fragen auseinanderzusetzen oder die deren Bedeutung negieren und Organisationen respektive Gesetzgeber, die die Notwendigkeit nicht sehen, Qualitätskriterien zu erarbeiten und sich auf rechtlicher Basis mit eHealth zu beschäftigen, aber ihre Zahl wird immer kleiner.

---

<sup>3</sup> LANG, P.J., MELAMED, B.G. & HART, J. (1975). Eine psychologische Analyse der Angstbeeinflussung durch automatische Desensibilisierung. In: I. Florin & W. Tunner (Hrsg.), *Therapie der Angst* (S. 91–99). München: Urban & Schwarzenberg (Originalartikel: *Journal of Abnormal Psychology* (1970), 76, 220–234).

Auch für die alltägliche Praxis haben diesbezügliche Fragen immer mehr Relevanz: Menschen, die sich im Internet tummeln, sind informierter – es ist Ansichtssache, ob „besser“ oder „schlechter“ –, sie fordern Behandlungsalternativen ein oder wollen wenigstens über sie diskutieren oder Auskunft erhalten. Das setzt Ärzte/innen und Therapeuten/innen anderer Professionen einem ständigen Balanceakt zwischen Entsprechung und Abgrenzung aus. Was ist Information, ab wann wird es eine Intervention? Was ist als „Empowerment“ zu verstehen, was als Besserwisserei einzustufen? Was soll und kann via E-Mails „besprochen“ und in welcher Form muss dies dokumentiert werden? Wie steht es um die Datensicherheit und -weitergabe?

Nicht unerwähnt bleiben soll die Bedeutung dieser Entwicklung für Studium, Beruf und Forschung. Informationsmanagement gilt als eine der relevantesten Fähigkeiten in Ausbildung und Beruf und vor allem in der Forschung. So ist sehr zu begrüßen, dass es zwar mittlerweile einige Initiativen zur Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Online-Inhalte sowie Ansätze zu ethischen Richtlinien gibt, bedauerlicher Weise aber weder eine gemeinsame Linie (sondern eher Konkurrenz) noch ausreichend Transparenz beziehungsweise Nähe zu den „Kunden“. Und schließlich werden die Unterschiede (bezüglich Wissen, Ressourcen usw.) zwischen Internet-Nutzern und Nicht-Nutzern immer größer und dieser Knowledge-Gap gewinnt zunehmend an Bedeutung. Es ist nahezu nicht mehr möglich nicht online zu sein. Diese Phänomene wurden erst unlängst auf der Cyberspace 2008 Konferenz diskutiert<sup>4</sup>, dass es nicht nur die Personen gibt, die sich aufgrund mangelnder Bildung oder mangelnder finanzieller Mittel nicht am Internet und an den neuen Medien „beteiligen“ oder auch gar keinen Internetzugang haben, sondern dass es offenbar einen Trend gibt, der vor allem in sehr gebildeten Kreisen spürbar ist, sich ein „Nein“ zum Internet vorzubehalten. Studien dazu sind zwar erst in den Anfängen, aber es werden zunehmend jene Personen befragt, die in Medienumfragen angeben, aktiv keinen Internetanschluss zu wollen, ... und bezüglich der persönlichen „Verfügbarkeit“ im Netz bzw. der „Netزابstinenz“ möge sich der geschätzte Leser vorerst einmal eine eigene Meinung bilden!

*Ilse Kryspin-Exner und Birgit U. Stetina*

---

<sup>4</sup> SLÓDEK, J. (2008). *No to the Internet*. Oral presentation at the 5<sup>th</sup> Cyberspace Congress, Brno, Czech Republic, November 28–29, 2008. [http://jansladek.eu/pdf/No\\_to\\_the\\_Internet.ppt](http://jansladek.eu/pdf/No_to_the_Internet.ppt)



# Inhaltsverzeichnis

Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien (Stetina, Kryspin-Exner).....	1
---	---

## Teil I. – Information

Silver Surfer – Internet für 50 plus (Oppenauer).....	39
Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation (Soucek) .....	57

## Teil II. – Beziehungsänderung

„Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und ihren Klienten (Berger) .....	73
Internetnutzung und Sexualität aus gesundheits- psychologischer Perspektive (Eichenberg) .....	85

## Teil III. – Intervention

Neue Technologien in der Behandlung von Essstörungen insbesondere in der Selbsthilfe der Bulimia nervosa (Wagner, Karwautz) .....	115
Neue Medien für die Intervention bei Traumafolgestörungen (Wagner, Maercker) .....	135
Elektronische Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche (König, Roth) .....	157
AnbieterInnen, Angebote und Kennzeichen von Online-Interventionen (Stetina, Sofianopoulou, Kryspin-Exner) .....	171

#### Teil IV. – (Unerwünschte) Nebenwirkungen

Selbstmedikation und Internet (König) .....	207
Abhängigkeit und Internet-Applikationen: Spiele, Kommunikation und Sex-Webseiten (Šmahel, Ševčíková, Blinka, Vaselá) .....	235
Problematischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische maladaptive Kognitionen (Lehenbauer) .....	261

#### Teil V. – Forschung

Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung (Strassnig) .....	277
Gesundheitspsychologische Online-Research: Ethisch-qualitative Aspekte und konkrete Beispiele (Drobetz) .....	297

#### Teil VI. – Anhang

Links der Anbieter von Online-Interventionen .....	323
Autorenverzeichnis .....	329
Index .....	333

# Gesundheitsrelevante Aspekte neuer Medien

Birgit U. Stetina\* und Ilse Kryspin-Exner

## 1. Einleitung

Gesundheitsinformationen sind für einen Großteil der Weltbevölkerung über verschiedenste Medien zugänglich. Dabei spielen nicht nur die (gar nicht mehr so neuen) „neuen Medien“ (siehe auch Bauer & Kordy, 2008) eine Rolle, sondern es findet viel mehr eine Verschmelzung der verschiedenen Medien statt. Fernsehen im Internet, Nachrichten über RSS-Feed auf mobile Kommunikationsgeräte, Internet-Radio, usw. Die Faszination des Themas Gesundheit, die zahlreichen Interessenten und das Marktpotential werden besonders durch diese Verschmelzung sichtbar. Es existieren Fernsehsender, die sich ausschließlich mit gesundheitsbezogenen Themen befassen (z.B. Focus Gesundheit im deutschen Sprachraum, der britische Channel Health oder der bekannte amerikanische Sender Discovery Health). Zur multimedialen Darbietung gesundheitsbezogener Inhalte in Wartezimmerlichkeiten von ProfessionistInnen wurde in Neuseeland ein eigener Fernsehkanal, das so genannte HealthTV entwickelt, dessen Programme teilweise auch online unter <http://www.htv.co.nz/index.html> abrufbar sind. Dieses 2007 bekannt gewordene Angebot kann für Praxisräume kostenlos bezogen werden und dient neben der Verkürzung der Wartezeit, Beschäftigung und Unterhaltung auch der Gesundheitsförderung und Prävention durch Vermittlung von Wissen. Für Professionisten selbst gibt es beispielsweise Spezialangebote von Discover Health CME (Continuing Medical Education) unter <http://discoveryhealthcme.discovery.com> mit der Möglichkeit, die international immer wichtiger werdenden Fortbildungspunkte (CME Punkte) zu sammeln. Nicht zu vergessen sind natürlich diverse Radiostationen, die sich ebenfalls ausschließlich mit dem Thema Ge-

---

\* Korrespondenzadresse: Birgit U. Stetina, Lehr- und Forschungspraxis, Liebiggasse 5, linke Stiege, 3. Stock, A-1010 Wien, Österreich, E-Mail: [birgit.stetina@univie.ac.at](mailto:birgit.stetina@univie.ac.at)

sundheit befassen (beispielsweise der britische Sender Healthradio). Obwohl das Radio nicht wirklich zu den neuen Medien zu zählen ist, hat sich durch die Möglichkeiten der Verbreitung von Radioprogrammen via Internet auch für die NutzerInnen des Mediums Radio sehr vieles verändert. Fast alle Radiosender können via Internet empfangen werden, und es ist auch der Zugriff auf ganze Archive (gesundheitsbezogener) Radiosendungen wesentlich leichter geworden (siehe beispielsweise unter <http://www.healthradio.co.uk>). Zusätzlich beginnen sich rund um die Websites der Radiosender auch Communities zu entwickeln, die basierend auf dem gleichen System wie Wikipedia gemeinsames Wissen zum Thema Gesundheit generieren (beispielsweise das österreichische Radio Gesundheit unter <http://www.radio-gesundheit.at> und das Netzwerk Gesundheit unter <http://www.netzwerk-gesundheit.at>). Weiters werden „Podcasts“ – eine Hördatei (Audio) oder eine Videodatei, die mit Hilfe des Internets von anderen Usern konsumiert werden kann – auch für den Gesundheitsbereich entwickelt, wie beispielsweise das „Internetradio“ Fit und Gesund aus Deutschland, unter [http://go.podcast.de/podcast/8144/Lifeline\\_-\\_Radio\\_Fit\\_und\\_Gesund](http://go.podcast.de/podcast/8144/Lifeline_-_Radio_Fit_und_Gesund).

Gesundheitsbezogene Webseiten gehören zu den meist genutzten Seiten im Internet (Wilson & Risk, 2002). Insgesamt ist die Suche nach Gesundheitsinformationen einer der häufigsten Gründe zur Verwendung des Internet. Etwa drei Viertel (73 %) der erwachsenen Amerikaner nutzen das Internet, und der Großteil davon hält die Benutzung des Internets für ein hilfreiches Instrument, um gesundheitsbezogene Entscheidungen zu treffen (Horrigan & Rainie 2006). 80 % aller Internetnutzer suchen online nach Gesundheitsinformationen (Fox, 2005; Krane, 2005), in den USA sind das mehr als die Hälfte (52 %) aller Erwachsenen (Taylor & Leitman, 2004; Eysenbach & Köhler, 2004). Ähnliche Zahlen – 69 % der französischen und 86 % der deutschen Internetuser, die Gesundheitsrelevantes recherchieren – gelten auch für Europa. Die Unterschiede zeigen sich allerdings in der unterschiedlichen Größe der „Online Population“, die von einem Drittel in Frankreich bis zu zwei Drittel in den USA reicht (Eaton, 2002; Taylor & Leitman, 2002c).

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang weiters, dass bis zum Jahr 2002 ein enormer Anstieg der Internetpopulation allgemein und im Besonderen derjenigen NutzerInnen, die Gesundheitsinformationen abfragen, verzeichnet wurde. Seit den letzten beiden Jahren scheint der Prozentsatz der so genannten „Cyberchondriacs“, das sind jene Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, zu stagnieren, wobei die Anzahl insgesamt, aufgrund der nach wie vor steigenden Popularität des Internet, trotzdem langsam aber kontinuierlich steigt (Beckjord et al., 2007; Fox, 2006; Taylor & Leitman, 2004).

Die Gründe, warum Personen im Internet nach Informationen zu suchen, wurden bereits vor fast 10 Jahren in einer Studie untersucht (Eysenbach & Diepgen, 1999a). Entsprechend Sillence und Briggs (2007) sind die am häufigsten besuchten Websites Seiten über Krebs, alternative Heilmethoden und Diäten. Goldner (2006) konnte feststellen, dass Personen mit einer guten gesundheitlichen Verfassung ohne gesundheitliche Sorgen seltener nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet suchen. Andere Ergebnisse zeigen, dass es sehr wohl eine Gruppe gesund-

heitsbewusster Internetuser gibt, die mehr über Risikofaktoren erfahren und sich präventiv vor Krankheiten schützen wollen (Brashers, Neidig & Goldsmith, 2004). Ein hoher Anteil der im Internet recherchierenden PatientInnen äußert eine gewisse Frustration über den bisherigen Behandlungsverlauf oder über ihre BehandlerInnen. Die Gründe für die Internetrecherchen der PatientInnen könnten schlussfolgernd in der Frustration und Unzufriedenheit über ausbleibende Behandlungserfolge liegen. Weiters kommt es zunehmend häufiger zu einem Vertrauensverlust; insbesondere unter dem Kostendruck im Gesundheitswesen sind immer mehr PatientInnen besorgt, ob sie auch wirklich eine optimale Behandlung erhalten. Dazu kommen als Gründe noch die mangelnde Aufklärung durch den Arzt sowie eine gestiegene Allgemeinbildung der Hilfe Suchenden (Eysenbach & Diepgen, 1999a).

Die steigende Anzahl gesundheitsbezogener Internet-Recherchen und die empirisch belegten Gründe dafür sind bereits zentrale Anhaltspunkte für die Darstellung der Relevanz des Internets im Gesundheitsbereich und dementsprechend für die Gesundheitsberufe. Schon diese Kurzinformation zeigt, dass die Auseinandersetzung mit dem Thema nicht nur für Personen mit einer Affinität zu neuen Medien relevant ist. Zusätzlich ist zu erwarten, dass im Rahmen der Suche nach alternativen Meinungen, die von Eysenbach und Diepgen (1999a) als vorrangiger Grund für die gesundheitsbezogene Internetrecherche angeführt wird, auch die diesbezüglichen Anfragen an die Gesundheitsberufe – nicht nur persönlich sondern beispielsweise auch per E-Mail –, zukünftig eine noch größere Rolle spielen werden. Es scheinen sich außerdem für medienbewanderte Personen in den Gesundheitsberufen neue Tätigkeitsfelder aufzutun, die sowohl als Optionen der selbstständigen, niedergelassenen Praxis denkbar sind – beispielsweise Online-Beratung – als auch Mitarbeit bei Initiativen und Organisationen – beispielsweise im Bereich der Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Information – beinhalten könnten.

Auch die Anzahl der gesundheitsbezogenen Online-Interventionen hat in den letzten Jahren enorm zugenommen. Zahlreiche AnbieterInnen von Online-Beratungen, -Therapien sowie -Coachings und anderen Formen der Online-Hilfe können via Suchmaschinen und diversen Verzeichnissen gefunden werden. Das Thema Cyberpsychologie wird bereits in Lehrbüchern zur klinischen Psychologie als eigenes Kapitel behandelt (z.B. Huber, 2008). Eine Analyse der aktuellen Situation von AnbieterInnen und Angeboten von Online-Interventionen findet sich in Teil III. – Intervention.

Innerhalb der klinischen Psychologie wurden die Schnittstellen mit dem Internet bereits von Ott und Eichenberg (2002, 2003) in vier Bereiche zusammengefasst. Diese umfassen die für die klinische Psychologie relevanten Gebiete der (1) Informationsangebote, der (2) Intervention und Selbsthilfe, der (3) Aspekte und Effekte der Internetnutzung und der (4) Forschung. Die vier Themengebiete ergeben sich auf der einen Achse aus den beiden Nutzergruppen „Professionelle“ und „Nicht-Professionelle“ und den beiden Nutzungsmöglichkeiten des Internet auf der anderen Achse „Information“ und „Interaktion“. Diese erste „Klassifikation“ der vorhandenen Schnittstellen der Klinischen Psychologie mit dem Medium Internet, war ein Schritt zur Integration der neuen Technologien in den klinisch-psychologischen Alltag.

Werden nun die Effekte und Einflüsse im gesundheitspsychologischen und gesundheitsbezogenen Bereich betrachtet, umfassen diese außerdem das große Feld der Beziehungsänderung im Rahmen des Medieneinsatzes. Diese Verknüpfung zwischen der Gesundheit und den neuen Medien umfasst zweierlei: Einerseits die professionelle Beziehung zwischen ProfessionistInnen und PatientInnen/KlientInnen (z.B. Sciamanna, Clark, Diaz & Newton, 2003) und andererseits die Tatsache, dass sich diese Beziehungen durch die Möglichkeiten des Internet grundlegend ändern werden (Ball & Lillis, 2001). Weiters gibt es auch die Veränderungen der zwischenmenschlichen Beziehungen. Teilbereiche dieser zwischenmenschlichen Beziehungen werden in diesem Buch in den Beiträgen von Berger und Eichenberg genauer erläutert. Von Ott und Eichenberg (2002, 2003) werden die gesundheitsbezogenen und gesundheitspsychologischen Aspekte der Kommunikations- und Informationstechnologien aus psychologischer Sicht in diesem Herausgeberwerk eingeteilt in (1) Information, (2), Intervention, (3) Beziehungsänderung, (4) (Unerwünschte) Nebeneffekte und (5) Forschung.

## **2. Information**

Die erste Verknüpfung zwischen Gesundheit und den neuen Medien beinhaltet jene als Informationsquellen für Laien, Studierende, Forscher und Gesundheitsberufe. Die Informationen sind auf den meisten Webseiten für alle diese Nutzergruppen zugänglich, wobei die Qualitätssicherung dieser Informationen bis dato nach wie vor problematisch ist (siehe auch bereits bei Ott & Eichenberg, 2003).

Eine zusätzliche Möglichkeit der professionellen Internetnutzung in dem Bereich Information, die zwar den Bereich der Interventionen betrifft, sich allerdings hauptsächlich auf das Internet als Informationsmedium bezieht, ist die Option der Gesundheitsförderung und Prävention durch Information via World Wide Web, die bisher nur rudimentär genutzt wird. Sowohl aus der professionellen Perspektive als auch aus der Sicht der KonsumentInnen ist das Internet für den gesamten Präventionsbereich interessant (Eysenbach, 1997). Obwohl sich im Internet kaum eine Thematik findet, die nicht bereits auf irgendeiner Homepage oder in einer Newsgroup diskutiert wird, werden die Inhalte der massenmedialen Prävention nach wie vor über traditionelle Medien wie Zeitschriften, Merkblätter und Broschüren, Bücher und Fernsehen vermittelt. Das diesbezügliche Potential des Internet ist und bleibt weitgehend ungenutzt. Das Internet als Massenmedium könnte unter anderem durch Information und kooperative Wissensgenerierung zur Aufklärung dienen, um selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Gesundheitshandeln zu ermöglichen. Webseiten können für bestimmte Gesundheitsprobleme sensibilisieren und somit steuernd in das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung eingreifen, allerdings können Online-Inhalte auch fehlsteuern und falsche Hoffnungen und Erwartungen wecken (Eysenbach & Diepgen, 1999b).

Für Personen, die nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, bietet das Netz auch viele Vorteile. So können schon durch ein „posting“ viele Personen erreicht werden, die Informationen, die man erhält, sind leicht speicherbar und auf den neuesten Stand zu bringen, und es gibt die Option ein persönliches Feedback zu erhalten (Griffiths et al., 2006). Es besteht daher die Möglichkeit, dass Internet-NutzerInnen maßgeschneidert nach ihren Bedürfnissen Informationen suchen (Ahern et al., 2006; Griffiths et al., 2006). Wie später zur Thematik Qualitätssicherung erwähnt, ist der Kontext eine wichtige Komponente, um Gesundheitsinformationen richtig verwenden und verstehen zu können. Werden Informationen aus dem Zusammenhang gerissen, können sie durchaus schädliche oder sogar gefährliche Auswirkungen haben (Eysenbach, 2008).

Nicht nur die gesundheitsbezogenen Informationen selbst können etwaige negative Auswirkungen haben, jedoch auch der Umgang mit der Information beinhaltet bestimmte negative Aspekte. So kommt es beispielsweise häufig zu einer Informationsüberlastung (siehe dazu auch den Beitrag von Soucek in Kapitel „Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation“), und heute dringend notwendige Fertigkeiten im Bereich des Informationsmanagement sind vielfach nur unzureichend vorhanden. Weiters kann die Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen auch zwanghaft werden und einen übermäßig hohen Stellenwert im Leben von UserInnen einnehmen. Diese und andere Probleme, die sich aus den verschiedenen Aspekten der Internetnutzung ergeben und im Spektrum des problematischen Internetgebrauchs anzusiedeln sind, werden besonders in den Kapiteln von Lehenbauer (siehe Kapitel „Problematischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische Maladaptive Kognitionen“) und Šmahel, Ševčíková, Blinky und Veselá (siehe Kapitel „Abhängigkeit und Internet-Applikationen: Spiele, Kommunikation und Sex-Webseiten“) beleuchtet. Im Beitrag von Lehenbauer wird ganz speziell auf internetspezifische maladaptive Kognitionen eingegangen und Šmahel und KollegInnen beschäftigen sich besonders mit den Aspekten verschiedener Internet-Applikationen wie Online-Spielen und Sex-Webseiten.

Bei aller Begeisterung für die positiven Seiten, die das Internet zu Gesundheitsthemen zu bieten hat, wie dem nahezu unerschöpflichen Vorrat an Information, Möglichkeiten zur Gesundheitsförderung und der Transparenz gesundheitsrelevanter Inhalte, muss zumindest noch ein weiterer negativer Aspekt in Erwägung gezogen werden. Die abrufbaren Inhalte sind nicht immer Informationen seriöser Art. Woher weiß eine Rat suchende Person, dass die erhaltenen Informationen überhaupt ihre Richtigkeit haben? Welche Möglichkeiten der Qualitätskontrolle gesundheitsrelevanter Inhalte gibt es? Diesen Fragen wird mittlerweile schon länger nachgegangen, und es wurden Initiativen gebildet, die sich mit der Problematik der Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen im Internet auseinandersetzen. Jegliche falsche Information im Internet kann soziale, finanzielle und/oder persönliche negative Folgen haben. Doch besonders falsche Gesundheitsinformationen können nicht nur gesundheitsgefährdend sein, sondern auch über Leben und Tod entscheiden. Ein wichtiger Aspekt ist hierbei, wie bereits erwähnt, in welchem Zusammenhang Informationen stehen. Wird das inhaltliche Gefüge

zerissen, kommt es zu falschen Informationen, die gesundheitsgefährdend sein können (Eysenbach, 2008). Eine weitere Problematik ist an dieser Stelle auch die schlechte Unterscheidbarkeit zwischen Webseiten, die einen gewissen Qualitätsstandard bieten, und „reinen“ Werbung Webseiten. Die verschiedenen Möglichkeiten der Qualitätssicherung von Gesundheitsinformationen werden aus diesen Gründen anschließend noch näher erläutert.

Ein Großteil der Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, hinterfragen die Quelle der betrachteten Webseite nicht (Eysenbach, 2008; Fox, 2006). Interessanterweise scheinen viele Internet-User nicht an der Glaubwürdigkeit von Online-Gesundheitsinformationen zu zweifeln. Ein Großteil (71 % bis 93 %) empfindet gesundheitsbezogene Informationen im World Wide Web als vertrauenswürdig, von guter Qualität (59 % bis 82 %), leicht zu verstehen (56 % bis 85 %) und einfach zu finden (57 % bis 72 %) (Taylor & Leitman, 2002b, 2002c). Eine genaue Überprüfung der Informationsgüte wird von den Suchenden eher selten vorgenommen, professionelles Design und wissenschaftlicher oder offizieller Anschein von Webseiten werden zur Glaubwürdigkeitsbeurteilung herangezogen, und nur selten wird die hinter den Informationen stehende Organisation überprüft (Eysenbach & Köhler, 2002). Tiller, Rea, Siller und Wood (2006) untersuchten die Qualität von Internetseiten, die von Suchmaschinen gefunden werden. Es zeigte sich, dass Informationen mit einer guten Qualität zwar vorhanden sind, allerdings in einer geringen Anzahl und für die Internetbenutzer schwer identifizierbar. Auch Eysenbach (2008) berichtet über Suchmaschinen, die die Internetbenutzer direkt zu Webseiten leiten, bei denen es schwierig ist zu erkennen, wie qualitativ hochwertig die Informationen sind und welche Qualifikationen der Verfasser hat.

Fast alle bisherigen Studien untersuchen die Qualität der gesundheitsbezogenen Informationen aus medizinischer Sicht. Diese Art der Qualitätssicherung stellt durchaus ein Problem dar, da „durchschnittliche“ Internet-UserInnen Informationen auf eine andere Weise suchen und beurteilen, als ExpertInnen dies tun. Sie beginnen ihre Suche von generellen Informationsportalen und Suchmaschinen aus und lassen sich stärker durch die Attraktivität des Designs beeinflussen. Bestimmte Kriterien werden von Internet-NutzerInnen zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit gesundheitsbezogener Informationen herangezogen. Beispielsweise lassen sich User neben dem bereits angeführten Design (natürlich) auch von den damit zusammen hängenden eigenen Gefühlen über diese Seite beeinflussen. Auch das Verwenden von glaubwürdigen Logos, vertrauten Abbildungen und Markierungen auf den Webseiten sowie das Ausmaß, mit welchem die Ratschläge gegeben werden, haben einen großen Einfluss auf die Glaubwürdigkeit von Internetseiten (Sillence & Briggs, 2007).

Fragt man nach persönlichen Bevorzugen favorisieren zwischen 40 % und 83 % der Internet-NutzerInnen eine Online-Kommunikation gegenüber einer Face-To-Face Kommunikation über gesundheitsrelevante Themen (Beckjord, Rutten, Squiers, Aron, Volkmann, Moser & Hesse, 2007). Die Online-Kommunikation dient dazu, Experten zu finden, verschiedene Optionen miteinander



zu vergleichen und Informationen mit Personen zu teilen, die erst kürzlich dieselben Erfahrungen gemacht haben (Horrigan & Rainie, 2006). Die Interaktion und Kommunikation in Online-Foren hat ein großes Potential für Personen, die Unterstützung suchen (Tanis, 2007). Da die soziale Unterstützung eine zentrale Rolle für das mentale und physische Wohlbefinden einer Person spielt, sollten zukünftige Forschungen noch klären, inwieweit sich eine Online-Unterstützung durch andere Personen auswirkt. Derzeit gibt es Online-Unterstützung sowohl von Gruppen von ProfessionistInnen und TherapeutInnen, die durch Gesundheitsinstitutionen organisiert werden, als auch durch Diskussionsforen und „bulletin boards“ (Tanis, 2007). Aufgrund der Integration von Online-Kontakten in das tägliche Leben übernehmen diese durchaus die Funktion der sozialen Unterstützung und interpersonalen Kommunikation (Tanis, 2007). Ein spezieller Effekt der Online-Kommunikation ist die Multikonversation, die erlaubt, parallel mit mehreren Personen über mehrere Themen gleichzeitig zu sprechen. Weiters können bei einer Online-Kommunikation zusätzlich Bilder, Animationen und Links zu den verschiedenen Webseiten mitgeschickt und Emotionen können mittels Emoticons (Smileys) vermittelt werden (Sillence & Briggs, 2007).

Es finden sich mittlerweile einige Publikationen zur Brauchbarkeit von Online-Inhalten zu den verschiedenen Gesundheitsthemen. Die Unterschiedlichkeit der Themen und die unterschiedliche Spezifität spiegelt die Vielfalt der verfügbaren Online-Information wider. Es finden sich beispielsweise Abhandlungen zu koronaren Herzerkrankungen (Eachus, 1999), Fehlgeburten (Hardwick & MacKenzie, 2003), Unfruchtbarkeit (Okamura, Bernstein, & Fidler, 2002), Brustvergrößerungen (Gordon, Barot, Fahey, & Matthews, 2001) oder auch zu St. Johns Wort, einer pflanzlichen psychoaktiven Substanz (Martin-Facklam, Kostrzewa, Schubert, Gasse, & Haefeli, 2002). Bei spezieller Suche nach neueren Erkenntnissen finden sich unter anderem Beiträge zu Skoliose (Mathur et al., 2005), Osteoporose (Lewiecki et al., 2006), Kopfschmerzen (Peterlin, Gambini-Suarez, Lidicker & Levin, 2007), Krebs (Carden, Jefford & Rosenthal, 2007; Morita et al., 2007), Multiple Sklerose (Harland & Bath, 2007), der Behandlung von Angststörungen (Ipser, Dewing & Stein, 2007) und Arbeiten zu sozialen Phobien (Khazaal et al., 2007) oder HIV/AIDS (Kalichman et al., 2006).

In bisherigen Untersuchungen werden die unterschiedlichsten Instrumente und Richtlinien zur Analyse der Qualität der Webseiten herangezogen, was die Vergleichbarkeit sowohl der Online-Inhalte als auch der einzelnen Untersuchungen sehr einschränkt. Zudem verändern sich die Instrumente zur Qualitätsbewertung unserer schnelllebigen Zeit entsprechend. Es konnte in einer Studie für den angloamerikanischen Raum gezeigt werden, dass auf einigen Webseiten die Qualität der gesundheitsbezogenen Informationen durch Instrumente von Organisationen „garantiert“ wird, die nicht mehr existieren. Die AutorInnen dieser Artikel identifizierten in Recherchen 1998 und 2002 neue Rating- und Qualitätssicherungsinstrumente und untersuchten deren Einsatz und Verfügbarkeit. Neben der Erkenntnis, dass viele der Instrumente unvollständig entwickelt waren, zeigte sich, dass 2002 nur mehr wenige der ursprünglich identifizierten Instrumente funktio-

nierten und verfügbar waren. Unter anderem wurden beispielsweise Award-Sites identifiziert die bei Abruf via Browser nicht verfügbar waren, wie der E-Medic Online Medical Award for Excellence unter [emediconline.com](http://emediconline.com) (Gagliardi & Jaddad, 2002). Eine Metaanalyse empirischer Studien konnte die bereits vielfältig angenommene Variationsbreite in der Qualität von Gesundheits-Webseiten erneut bestätigen. Die Forderung nach operationalen Definitionen von Qualitätskriterien wird damit unterstrichen (Eysenbach, Powell, Kuss & Sa, 2002).

Aufgrund der stetigen Entwicklung der Wissenschaft und des Fortschritts und um eine Qualitätssicherung zu gewährleisten, müssen die Gesundheitsinformationen, die auf Webseiten angeführt werden, immer wieder überarbeitet und neue Erkenntnisse hinzugefügt werden (Eysenbach, 2008). Dieser Faktor führt zusätzlich zu einem Problem bei der Qualitätssicherung, da auch Webseiten, die den Qualitätsmaßstäben entsprechen, immer wieder überprüft und auf den neuesten Stand gebracht werden müssen. Eine Bewertung, die sowohl durch automatische Systeme (Web Crawler und Spider) als auch durch Experten durchgeführt wird, erscheint daher sinnvoll (Boyer, Gaudinat, Baujard & Geisbühler, 2007). Fest steht allerdings, wenn eine Qualitätssicherung für gesundheitsbezogene Informationen im Internet gewährleistet werden kann, so hat das Internet nicht nur im Sinne der Prävention und Gesundheitsförderung durch Information auch ein großes Potential Verhaltensänderungen zu initiieren (Eysenbach, 2008).

Qualitätssicherungsinitiativen haben alle eine eigene Philosophie und dementsprechend werden unterschiedliche Kontrollmechanismen vorgeschlagen und eingesetzt. Grundlegend kann zwischen (ethischen) Richtlinien (Codes of Conduct/Ethics) zur inhaltlichen Gestaltung und Gütesiegeln für Webseiten unterschieden werden. Wobei die Gütesiegel ebenfalls auf zwei verschiedene Arten vergeben werden können: entweder durch die Zertifizierung oder Beurteilung durch Dritte (Third Party Certification or Rating) oder durch die Vergabe des Gütesiegels basierend auf einem Zertifizierungs-Tool (Tool-based) (Wilson & Risk, 2002). Beispielshaft sollen einige Bestrebungen angeführt werden.

Wang und Liu (2007) entwickelten ein „automatic indicator detection tool“ (AIDT), um die Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet automatisch zu evaluieren. Es wurden Indikatoren bestimmt, die ein Computerprogramm automatisch erkennt. Dabei zeigte sich, dass die automatische Erkennung und Registrierung von Indikatoren für die Qualität von Gesundheitsinformationen realisierbar und effektiv ist und für zukünftige Evaluierungen der Qualität von Gesundheitsinformationen im Internet eingesetzt werden kann.

Auch zur Webseiten-Analyse entsprechend den 8 ethischen Richtlinien der HON Foundation wurde bereits das Design und die Evaluation eines automatischen Systems vorgestellt. Nach wie vor geht es dabei darum, die Reliabilität der Gesundheitsseiten im Internet zu bestimmen (Gaudinat, Grabar & Boyer, 2007). Aufgrund des stetigen Anstiegs von Gesundheitsseiten im Internet reicht die manuelle Bearbeitung nicht aus, und es sollte daher auf automatische Systeme zurückgegriffen werden. Mit Hilfe des erwähnten Systems sollen medizinische und gesundheitsbezogene Seiten im Internet in Übereinstimmung mit den ethi-

schen Richtlinien der HON Foundation bewertet werden können. Mit Hilfe des HONcodes soll sichergestellt werden, dass der Leser die Quelle der Daten erkennt, und Webseitenentwickler sich an die grundlegenden ethischen Standards bei der Darstellung von Informationen binden. Diese beinhalten Richtlinien in Bezug auf Sachverständigkeit, Komplementarität, Zuordnung der Information, Nachweis, Transparenz, finanzielle Aufdeckung im Sinne von Finanzierungsquellen und Werbepolitik (HON Foundation, 2008). Auf der Webseite der HON Foundation, zu finden unter <http://www.hon.ch>, kann der Antrag für eine HON Akkreditierung einer Webseite gestellt werden. Weiters besteht für die Internet-BenutzerInnen die Möglichkeit, sich auf der Webseite der HON Foundation eine HONcode Symbolleiste für Internet Explorer, Netscape, Mozilla und Firefox herunterzuladen. Dabei wird automatisch jede besuchte Webseite hinsichtlich ihres Akkreditierungsstatus überprüft. Handelt es sich um eine akkreditierte Webseite, so erscheint die Symbolleiste farbig. Auch die HON Datenbank kann nach zertifizierten Webseiten durchsucht werden.

Mayer und Kollegen (2007) beschreiben das Europäische Projekt MedIEQ (Quality Labelling of Medical Web Content Using Multilingual Information Extraction), welches die Bestrebungen der medizinischen Qualitätssicherung von sechs europäischen Ländern (Spanien, Deutschland, Griechenland, Finnland, Tschechien und der Schweiz) verbindet. Die Hauptziele des MedIEQ Projekts sind die Entwicklung eines Programms zur Sicherung der medizinischen Onlineinformationen, die Aufrechterhaltung und den Zugriff zu diesen Informationen zu sichern sowie schließlich die Spezifizierung einer Methode zur Analyse von Gesundheitsinformationen im Internet anhand des MedIEQ Projektes zu erstellen.

Nicht nur für die PatientInnen/KlientInnen soll eine Qualitätssicherung einen gewissen Standard gewähren, auch von Seiten der Ärzte gibt es Forderungen für die Qualitätssicherung. Die österreichische Ärztekammer hat 2006 eine per Gesetz verordnete Qualitätssicherung und Online-Evaluation der Arztordinationen gestartet. Diese Evaluierung soll Ende 2008 abgeschlossen sein. Weiters hat die Österreichische Ärztekammer Richtlinien zur Qualitätssicherung für niedergelassene Ärzte verfasst. Auch international gibt es zahlreiche Ansätze zur Qualitätssicherung für ProfessionistInnen im Gesundheitsbereich. In Deutschland wird dabei speziell auf den gesetzmäßigen Einsatz (Berufsordnung der Ärzte, Heilmittelgesetz, Telemedizinsteigesetz etc.) des Internets für Praxiswebseiten, Webseiten von Medizinern und Apothekenwebsites geachtet (Elste, Lutz & Diepgen, 2004). In England gibt es auch Ansätze zur Qualitätssicherung, die direkt von der britischen Ärztekammer ausgehen. So werden Online-Informationsangebote von besonderer Qualität mit dem so genannten Patient Information Award der British Medical Association ausgezeichnet, zu finden unter <http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/LIBB-MAPatientInformationAward> (BMA patient information award, 2007).

Im Bereich psychische Gesundheit gibt es für Informationen bis dato keine vergleichbaren Qualitätssicherungsmaßnahmen. Allerdings ist auch auf vielen seriösen Webseiten zum Thema seelische Gesundheit eines der angeführten Gütesiegel oder Zeichen zur Einhaltung bestimmter Richtlinien zum Schutz der Konsumenten-

tInnen zu finden. Speziell für Online-Interventionen die psychische Gesundheit betreffend sind allerdings einige Ansätze und Maßnahmen vorhanden, die im Beitrag von Stetina, Sofianoupoulou und Kryspin-Exner in diesem Buch dargestellt werden.

### 3. Intervention

Durch das Zusammentreffen zwischen Internet und dem Gesundheitssektor entstand – wie bereits erwähnt – der Begriff E-Health. Längere Zeit gab es für den Begriff E-Health keine gemeinsame eindeutige Definition, synonym wurden Cybermedizin, Telemedizin, Online Health und Internet-Consumer Health Informatics verwendet. Eysenbach (2001) definiert E-Health als ein aufsteigendes Feld der drei Schnittstellen medizinische Informationen, Gesundheitswesen und Unternehmen, die ein Gesundheitsservice und Gesundheitsinformationen mit Hilfe des Internets anbieten. E-Health steht nicht nur allein für eine technische Weiterentwicklung, sondern auch für eine besondere Denkweise, Einstellung und Verpflichtung zu globalem Denken, um die Gesundheitsversorgung zu verbessern. Der Autor betont, das „E“ für E-Health sollte nicht nur für „Electronic“ sondern auch noch für „Efficiency“, „Enhancing quality“, „Evidence based“, „Empowerment“, „Encouragement“, „Education“, „Enabling“, „Extending“, „Ethics“ und „Equity“ stehen.

Ahern, Kreslake und Phalen (2006) definieren E-Health als neu entstehende interaktive Technologie (Internet, CD-ROMS, persönliche digitale Assistenten, interaktives Fernsehen, Computersprechzellen und mobiles Computerwesen), um Gesundheitsdienstleistungen zu verbessern. Aufgrund der geringeren Kosten und der höheren Reichweite können auch Populationen erreicht werden, die weniger gut versorgt sind (Ahern et al., 2006). In Ländern, in denen die Krankenversicherung bzw. die Arztkosten selbst getragen werden müssen, spielt der geringere finanzielle Aufwand bei einer Selbstdiagnose und Behandlung durch die Informationssuche im Internet eine große Rolle.

Der bestehende Zusammenhang zwischen den Begriffen und Konzepten E-Health und Telehealth ist zwar bekannt, die genauen Abgrenzungen wurden allerdings wenig diskutiert. Grundlegend entwickelte sich das Konzept E-Health aus dem Konzept Telehealth, es gibt außerdem in einigen wichtigen Punkten Unterschiede zwischen den beiden Bereichen. Telehealth ist großteils nicht internetbasiert und charakterisiert durch den Informationsaustausch von Punkt zu Punkt und durch Einwahl (z.B. Telefon oder ISDN). E-Health auf der anderen Seite ist leichter zugänglich aufgrund der Tatsache, dass mittels eines gebräuchlichen Standards plattformübergreifend kommuniziert wird (Allen, 1999). Diese einfachere Zugänglichkeit führte zur bereits angeführten Steigerung in der Verwendung des Internet für gesundheitliche Belange. Mittlerweile wird unter dem Begriff E-Health jegliche Form der elektronischen Gesundheitsunterstützung zusam-

mengefasst, von informativen über edukative bis zu kommerziellen Angeboten, die von ProfessionistInnen, Unternehmen und auch KonsumentInnen stammen können. E-Health beinhaltet nun viele klinische Interventionen, die ursprünglich als Telehealth charakterisiert waren, aber nun entsprechend dem technologischen Fortschritt via Internet angeboten werden (Maheu, 2000).

Mittlerweile gibt es in Österreich auf der Webseite <http://ehi.adv.at/> die Österreichische E-Health Initiative, welche österreichweit Strategien zum Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Gesundheitswesen erarbeitet und diese bei jährlichen Konferenzen präsentiert. Auch international wird, wie bereits angeführt, immer mehr Wert auf den Evidenz-basierten Einsatz neuer Medien im Bereich Gesundheit gelegt, und auch die dementsprechende Gesetzgebung scheint sich langsam den tatsächlichen Angeboten durch die neuen Medien anzupassen. Erste Ansätze finden sich beispielsweise im deutschen Teledienstgesetz aus 1997, dessen Zweck es ist, „einheitliche wirtschaftliche Rahmenbedingungen für die verschiedenen Nutzungsmöglichkeiten der elektronischen Informations- und Kommunikationsdienste zu schaffen“.

Maheu und Gordon (2000) beschreiben den Begriff E-Health als allgemeinen Begriff in Bezug auf das Internet und als Möglichkeit der Servicevermittlung im Bereich Gesundheitsvorsorge, womit auch Psychotherapie und Beratung inkludiert sind. Für psychologische Dienste, die online angeboten werden, kreieren die Autoren den genaueren Begriff „Behavioral eHealth“, der sämtliche psychologische Interventionen im und via Internet beinhaltet, von der Psychoedukation bis hin zur Psychotherapie.

Ott (2003) bezeichnet jegliche Form klinisch-psychologischer Intervention inklusive Psychotherapie im Internet gemeinsam als „internetbasierte Intervention (IBI)“, da Begriffe wie „online therapy“, Cybertherapie oder „e-therapy“ seiner Meinung nach wesentliche Aspekte klinisch-psychologischer Intervention vernachlässigen. Die Frage, ob es sich bei Online-Therapie tatsächlich um „Psychotherapie“ handelt, wird unterschiedlich diskutiert. Einerseits existieren Modelle (z.B. Suler, 2000a) und Definitionen, die Online-Therapie als neue Form der Psychotherapie postulieren (Grohol, 2001). Andererseits wird betont, dass der Ausdruck „Psychotherapie“ nicht verwendet, sondern eher von „therapeutischer Hilfe“ gesprochen werden sollte, da die Interaktionen via Internet nicht mit einem Face-to-Face-Setting vergleichbar sind (Ainsworth, 2001; Grohol, 1999; Holmes, 2002). Ein weiterer erwähnenswerter Punkt ist – dass obwohl sich zahlreiche Publikationen mit Konzepten internetbasierter Interventionen befassen – bisher wenig empirische Ergebnisse zu Wirksamkeit oder störungsspezifischen Besonderheiten existieren (Ott, 2003). Die aktuellen Trends und Angebote im Bereich Online-Interventionen werden im Beitrag von Stetina, Sofianopoulou und Kryspin-Exner (siehe Kapitel „AnbieterInnen, Angebote und Kennzeichen von Online-Interventionen“) genauer ausgeführt. Erwähnt werden soll allerdings, dass entsprechende Auslegungen des österreichischen Psychotherapeutengesetzes durch das Bundesministerium für Gesundheit alle asynchronen computervermittelten Kommunikationsformen für eine Online-Intervention nicht nur ausschließen sondern diese

de facto untersagen. Ein erwähnenswerter Aspekt in Anbetracht dessen ist, dass die meisten Online-Interventionen via E-Mail statt finden (siehe Beitrag Stetina, Sofianopoulou und Kryspin-Exner). Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie bereits im November 2001 ein Gütesiegel für psychologische Dienste im Internet entwickelt. Qualitätskriterien, um das Siegel zu erhalten, sind einerseits die kurzfristige Beantwortung von E-Mail-Anfragen innerhalb von 3 Tagen und andererseits der Nachweis des Abschlusses als Diplompsychologe/in auf einer Hochschule. Schweigepflicht, Anonymität und Vertraulichkeit müssen auch mit Hilfe technischer Voraussetzungen erfüllt werden. Das Interesse der PsychologInnen scheint allerdings begrenzt, es sind erst 12 DienstanbieterInnen auf der Website des deutschen Berufsverbandes unter <http://www.bdp-verband.org/service/online-berater.html> gelistet, die dieses Gütesiegel bekommen haben. In Österreich wurde bisher noch an keinen Gütesiegeln gearbeitet. Allerdings existiert eine Interpretation des Psychologengesetzes, die für Mitglieder des Berufsverbandes Österreichischer Psychologen/innen im internen Bereich unter <http://www.boep.at/> aufscheint. Dieselbe Datei scheint auch für alle anderen Internetuser über eine Recherche in Google abrufbar. Die Interpretation ist ebenfalls dahingehend, dass die zeitliche „Unmittelbarkeit“ bei Online-Interventionen gegeben sein muss.

Insgesamt scheint es relevant die mediengestützten Interventionen in Online-Interventionen und Offline-Interventionen zu gliedern. Wobei zu den computergestützten Offline-Interventionen neben zahlreichen Interventionsformen auch Programme die via CDs an PatientInnen weitergegeben werden zu nennen sind. Eine Besonderheit der computergestützten Behandlung, bisher zumeist offline, ist die Möglichkeit des Einsatzes von Virtueller Realität. Die Möglichkeit virtuelle Welten in psychologische Interventionen zu integrieren, werden in den letzten Jahren zunehmend bekannt. Bisher kommen in diesem Bereich hauptsächlich Konfrontationsverfahren zur Behandlung von Ängsten und Phobien zum Einsatz. Ähnlich wie in der herkömmlichen Behandlung von Ängsten und Phobien ermöglicht die Therapie mit virtuell konstruierten Szenarien die Konfrontation mit Angst auslösenden Objekten, Situationen und Umgebungen in einer vom Computer erzeugten künstlichen Welt durch Schaffung Angst auslösender 3D-Erlebnisse. Als „Virtuelle Realität“ (VR) wird dabei die interaktive Begehung von, beziehungsweise das Eintauchen in, „Gefühle-des-Mitten-drin-Seins“ und 3D-Erlebnisse in einer vom Computer erzeugten dreidimensionalen Welt bezeichnet. Von den Anwendern dieser Technologien (und auch von anderen WissenschaftlerInnen und ProfessionistInnen) wird davon ausgegangen, dass in dieser virtuellen Umwelt die Angst genau so stark erlebt wird wie in der wirklichen Welt. Personen, die unter Ängsten leiden, müssen ihre Angstausslöser nicht unbedingt real vor sich haben, sondern reagieren schon stark auf Bilder, Fotos und andere Darstellungen ihrer Angstausslöser. Die VR-Technologie ermöglicht es, beliebige Dinge und Situationen computergestützt dreidimensional so darzustellen, als ob die Person die Angstausslöser wirklich vor sich hätte, und die auf diese Weise genau so stark zu wirken wie die Realität (Wiederhold & Wiederhold, 2005). Beispiele für den bis-

herigen Einsatz sind unter anderem eine kognitiv-behaviorale Behandlung der Panikstörung mit Agoraphobie in Bezug auf öffentliches Sprechen und Ergebnisse einer Untersuchung zur Behandlung von Flugangst. Die vorläufigen Ergebnisse der amerikanischen Studien zeigen, dass kognitiv-verhaltensorientierte Verfahren zur Verhaltensmodifikation, die eine virtuelle Welt als Hilfsmittel für Exposition nutzen, äußerst erfolgversprechend und mit dem Ergebnis einer herkömmlichen Behandlung durchaus vergleichbar sind (Anderson, Zimand, Hodges & Rothbaum, 2005; Rothbaum, Anderson, Zimand, Hodges, Lang & Wilson, 2006). Mittlerweile sind auch andere Anwendungen von VR-Interventionen bekannt geworden, die eigens entwickelte Versionen verschiedener bekannter PC-Spiele nutzen. So kommt beispielsweise eine Version des Spiels Half-Life® bei der Behandlung von Spinnenphobikern zum Einsatz (Robillard, Bouchard, Fournier & Renaud, 2003; Wiederhold & Wiederhold, 2006). Abgeänderte Versionen der PC-Spiele Max Payne® und Unreal Tournament® werden zur systematischen Desensibilisierung für Personen mit Höhenangst und Klaustrophobie eingesetzt (Robillard et al., 2003; Wiederhold & Wiederhold, 2006). Bei all diesen Abwandlungen von PC-Spielen und bei den meisten anderen VR-Einsatzbereichen bewegen sich die Personen mittels Virtual Reality Headset in der virtuellen Welt, die je nach Problemart unterschiedlich gestaltet werden können. Auch in einer Intervention via Internet können Virtual-Reality-Systeme integriert werden. In diesem Zusammenhang ist besonders das Virtual-Reality-System der VRMedLabs der Universität von Illinois, Chicago zu nennen. Bei diesem System werden die TeilnehmerInnen durch virtuelle Repräsentationen ihres Selbst (Avatare) abgebildet, die sogar die realen Kopf- und Handbewegungen nachvollziehen, was auch natürliche Gesten wie Nicken oder Zeigen ermöglicht und damit jegliche Intervention trotz VR lebens echter wirken lässt (Riva, 2000).

Ein weiteres Beispiel für den Einsatz von Virtual-Reality in psychologischen Interventionen stellt die so genannte Experiential Cognitive Therapy (ECT) zur Behandlung von Essstörungen dar. Riva, Bachetta, Cesa, Conti und Molinari (2006) beschreiben einen vielversprechenden Ansatz, der einen ambulanten oder stationären Einsatz einer VR-Intervention von vier Wochen mit einer anschließenden 24wöchigen Internet-basierten Behandlungsphase kombiniert. In einer Untersuchung konnte gezeigt werden, dass die Intervention mit den verschiedenen Medien sogar effektiver war als der „traditionelle“ Ansatz mit kognitiver Verhaltenstherapie und Ernährungskursen. Trotz mangelnder statistischer Power der Kontraste, sind diese Ergebnisse aussichtsreich und sprechen wie viele andere Ergebnisse auch für eine solche innovative Form der Behandlung.

Eine Metaanalyse über internetbasierte Interventionen von Wantland et al. (2004) konnte beispielsweise zeigen, dass es durch eine internetbasierte Intervention im Vergleich zu einer herkömmlichen Intervention zu einer Steigerung der körperlichen Aktivität sowie der Gesundheitsvorsorge und zu einem Anstieg an Wissen über Ernährung führt. Insgesamt gibt es zahlreiche internetbasierte Interventionsprogramme zu den unterschiedlichsten Problemen und Störungen. Zum Beispiel evaluierten Warmerdam, van Straten und Cuijpers (2007)



zwei internetbasierte Interventionen zur Behandlung der Depression. Cuijpers und Kollegen (2007) untersuchten den Erfolg einer internetbasierten kognitiven Verhaltenstherapie bei verschiedenen Problemen. Weiters wurde die Effizienz eines internetbasierten Programms zur Gewichtskontrolle, zur Prävention von Gewichtsverlust und Gewichtszunahme evaluiert (Hunter et al., 2008). Es wurde ein Online-Programm vorgestellt, welches Gesundheitsanbietern den Umgang mit HIV-infizierten Personen erleichtert und diese dabei unterstützt (Kiviat et al., 2007). Bei chronischen Kopfschmerzen und Migräne wurde bereits die Akzeptanz und Effektivität eines internetbasierten Coaching untersucht (Sorbi et al., 2007), und es konnte die größere Effektivität eines internetbasierten Programms gezeigt werden (Deveneni & Blanchard, 2005). Besonders bekannt ist im Bereich Online-Intervention die so genannte Interapy, eine internetbasierte Traumatherapie, die im Beitrag von Wagner und Maercker (siehe Kapitel „Neue Medien für die Intervention bei Traumafolgestörungen“) inklusive zahlreicher Erkenntnisse zum Thema Effektivität vorgestellt wird.

Aktuell wird an der Essstörungenambulanz der Medizinischen Universität Wien unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Andreas Karwautz die Effektivität verschiedener Interventionsformen bei Patientinnen mit Bulimie untersucht. Als Online-Intervention wird das bekannte Programm SALUT BN mit der Effektivität eines Selbsthilfebuches verglichen (Details dazu siehe Beitrag „Neue Technologien in der Behandlung von Essstörungen insbesondere in der Selbsthilfe der Bulimia nervosa“ von Wagner und Karwautz). Ein weiterer Ansatz zur Verbesserung des Selbstmanagement von PatientInnen ist die so genannte „Vienna Online Diabetes Education“ (VIE-ODE), erstellt unter der Leitung von Univ. Prof. Dr. Roswith Roth, ein elektronisches Diabetesschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche, dass in dem Beitrag von König und Roth (siehe Kapitel „Elektronische Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche“) präsentiert wird.

Cuijpers, van Straten und Andersson (2007) gehen davon aus, dass internetbasierte Interventionen für den Therapeuten zeitsparend sind, außerdem Wartelisten reduziert, Fahrzeiten verringert und Personen erreicht werden können, die sonst nicht so einfach eine Behandlung in Anspruch nehmen können. Daher wird das Internet auch in Zukunft eine immer größere Rolle im Rahmen von Interventionen bei Personen mit gesundheitlichen Problemen einnehmen. Ferner wurde festgestellt, dass sich durch internetbasierte Interventionen Annehmlichkeiten für die Benutzer steigern lassen und Kosten verringert werden. Weiters wird die Stigmatisierung reduziert, und die Isolation mancher Benutzer verringert. Durch das selbstständige Aufsuchen dieser Interventionsmaßnahmen erhalten die Personen eine größere Eigenständigkeit und Kontrolle über die Intervention (Griffiths et al., 2006).



## 4. Beziehungsänderung

Die Möglichkeiten der Informations- und Kommunikationstechnologien haben auf verschiedene Arten einen großen Einfluss auf Beziehungen. Aus professioneller Sicht scheint vorrangig die Änderung der professionellen Beziehung zwischen Gesundheitsberufen und Rat suchenden Personen relevant. Aus persönlicher Sicht wird es einer Vielzahl an Menschen bewusst sein, wie sehr auch private Beziehungen durch das Netz und dessen Optionen in Veränderung sind. Vertiefend setzen sich mit dieser Thematik besonders die Beiträge von Berger (siehe Kapitel „Beziehungen in Online-Beratungen und Therapien: Chancen und Herausforderungen für Hilfesuchende und Beratende“), zum Thema professionelle Beziehung, und Eichenberg (siehe Kapitel „Internetnutzung und Sexualität aus gesundheitspsychologischer Perspektive“), mit einer Abhandlung zu privaten Beziehungen und Sexualität, auseinander.

### 4.1. Professionelle Beziehungen

Bereits vor fast zehn Jahren zeigte sich in einer Glasgower Studie, dass 58% der befragten MedizinerInnen von ihren PatientInnen mit Gesundheitsinformationen aus dem Internet konfrontiert worden waren. Doch nur etwa 40% der niedergelassenen praktischen ÄrztInnen empfanden es als positiv, wenn PatientInnen bereits Informationen aus dem Internet erhalten hatten (Wilson, 1999). Es ist zwar anzunehmen, dass es in den letzten zehn Jahren zu einer Einstellungsänderung gekommen ist. Trotzdem zeigen auch aktuelle Studien, dass MedizinerInnen beispielsweise der Meinung sind, dass die Personen im Internet falsche Informationen erhalten und diese sie verwirren und seelisch belasten (Ahmad, Hudak, Bercovitz, Hollenberg & Levinson, 2006). Natürlich soll die Gefahr der möglicherweise falschen Selbstdiagnosen sowie Selbstbehandlungen keineswegs verharmlost werden. Manche ÄrztInnen interpretieren das Verhalten dieser PatientInnen auch als Bedrohung und Infragestellung ihrer ärztlichen Kompetenzen. Sie empfinden Konsultationen mit Personen, die im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen gesucht haben, anstrengend und zeitraubend (Ahmad et al., 2006, Stevenson, Kerr, Murray & Nazareth, 2007). Begründungen dafür liegen unter anderem darin, dass mit dem hohen Grad an Informiertheit der PatientInnen auch der Erwartungsdruck wächst, was vor allem für alteingesessene MedizinerInnen, die erwarten, die Führungsrolle inne zu haben, ziemlich ungewohnt ist. An diese veränderten Gegebenheiten müssen sich beide Seiten erst gewöhnen (Eysenbach, 2000). Informierte PatientInnen sind aufwendiger, wollen aktiv an ihrer Behandlung teilnehmen und verlangen mehr Zeit, noch mehr Informationen und einen größeren Aufwand. Durch die steigende Informiertheit der PatientInnen steigt zudem der Fortbildungsdruck auf Personen in Gesundheitsberufen, was den Aufwand noch weiter erhöht (Pietzsch, 2001). Zusätzlich führen die Konfrontationen mit informierten PatientInnen, der Erwartungsdruck und der Fortbildungsdruck möglicherweise zu einer Verunsicherung bei vielen ProfessionistInnen.

Eine große US-amerikanische Studie berichtet, dass zwar viele Personen im Internet nach Gesundheitsinformationen suchen, aber die meisten Erwachsenen ihren ÄrztInnen mehr vertrauen als dem Internet. 50% der befragten erwachsenen US-AmerikanerInnen berichten auf die Frage nach Präferenzen der Informationsgewinnung, dass sie zuerst zu ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gehen möchten, um mit ihr/ihm ihre Gesundheitsprobleme zu besprechen. Aus der Erhebung, wie viele Personen tatsächlich vorher persönlich ärztlichen Rat einholen, ergibt sich, dass dies nur 11% tatsächlich tun, während 48% in Wirklichkeit vorher online gehen (Eysenbach, 2008). Aufgrund der Tatsache, dass Personen den einfachsten und raschesten Zugang wählen, um Informationen zu bekommen, nutzen sie die Informationen aus dem Internet zuerst und manche Personen verwenden diese, um mit ProfessionistInnen darüber zu diskutieren. Oft sind PatientInnen der Meinung, nicht genug Information von ÄrztInnen zu bekommen (Carvel, 2005). Sie finden es auch schwierig, sich nach der Konsultation mit ÄrztInnen an die verschiedenen und unbekannten Fachausdrücke und Bezeichnungen zu erinnern (Kalet et al. 1994). Durch die Suche nach Gesundheitsinformationen im Internet fühlen sich viele PatientInnen ermutigt, aber auch beruhigt und wohler bei der Diskussion mit ProfessionistInnen (Sillence & Briggs, 2007).

Schon 2001 schlugen Gerber und Eiser einige mögliche Szenarien vor, wie sich die Arzt-Patienten-Beziehung im Internetzeitalter verändern könnte. ÄrztInnen hätten die Möglichkeit, die Ressourcen des Internets zu nützen und PatientInnen direkt zu Webseiten zu schicken, die ihnen nach Bedarf die nötigen Informationen liefern. Eine weitere Möglichkeit wäre es, dass sich PatientInnen schon vor der Konsultation mit der/dem ProfessionistIn im Internet informieren und auch in den Entscheidungsprozess miteingebunden werden. Dies erfordert allerdings von den ÄrztInnen eine höhere Bereitschaft zur Diskussion über neue, innovative, alternative aber auch „falsche“ Behandlungsmethoden mit den PatientInnen (Sillence & Briggs, 2007). Wie wenig die Möglichkeiten der elektronischen Kommunikation mit PatientInnen genutzt wird, zeigt eine Studie aus Florida, die ergab, dass nur 16% der dortigen ÄrztInnen per E-Mail Kontakt zu ihren PatientInnen haben (Brooks & Menachemi, 2006). Jedoch ist diese geringe Nutzung dadurch erklärbar, dass einige PatientInnen keinen Zugang zum Internet haben und auch die Diagnosestellung der ÄrztInnen auf einer gründlichen Anamnese beruht, die die Anwesenheit des PatientInnen nötig macht.

Veränderungen der Beziehung zwischen Gesundheitsberufen und KlientInnen/PatientInnen entstehen also einerseits durch die Tatsache, dass KlientInnen/PatientInnen durch das Internet informierter sind, was den Erwartungsdruck und Fortbildungsdruck erhöht, und andererseits als Folge davon, dass die KlientInnen/PatientInnen durch den Informationsgewinn subjektiv „wissender“ werden. Sie werden dadurch zu kritischen KundInnen, die auch eine Möglichkeit zur Qualitätskontrolle haben möchten (Ferguson, 2002).

Die wachsende Machtkomponente auf Seiten der PatientInnen führt allerdings noch zu einer weiter gehenden Veränderung am Gesundheitssektor. Nicht nur aufgeklärte PatientInnen stellen Ansprüche, sondern auch KundInnen, die sich darü-

ber hinaus zu Fragen des Leistungsangebotes und über die AnbieterInnen von Leistungen im Gesundheitsbereich informieren, werden häufiger. Qualitätskontrolle durch PatientInnen wird ebenfalls ein zentrales Thema. Beispielsweise gibt es auf der Webseite <http://www.patients-online.at> eine Checkliste für PatientInnen, die angibt, woran man eine gute Arztpraxis erkennen kann. Diese Initiative hat sich eine Informationsangleichung zwischen ÄrztInnen, Spitälern und anderen medizinischen Dienstleistern, wie beispielsweise PsychologInnen, einerseits sowie KlientInnen/PatientInnen andererseits, zum Ziel gesetzt, um eine neue Art der Partnerschaft in der Beziehung zwischen ProfessionistInnen und PatientInnen zu etablieren. Mehr Information soll einen Ausgleich schaffen und das Informationsmonopol der Experten aufheben. Eine dementsprechende Initiative aus den USA ist das Unternehmen Health Grades Inc., das online unter der Adresse <http://www.healthgrades.com> erreichbar ist, wo niedergelassene MedizinerInnen, Kliniken und auch Pflegeheime analysiert und verglichen werden. Neben den Ratings durch PatientInnen wird ein „Background-Check“ der Institution oder der Person angeboten, der beispielsweise auch Mitgliedschaften in Gremien und Behörden und auch Details zu etwaigen Disziplinarverfahren enthält. Diese sogenannten Reports (niedergelassene ProfessionistInnen betreffend) können um 29,90 US-Dollar erworben werden, wobei ein kleiner Teil der Informationen kostenfrei auf der Webseite zur Verfügung steht. Bezüglich Institutionen steht ein größerer Teil des Wissens kostenfrei zur Verfügung; ein ausführlicher Bericht inklusive Kosten und „PatientInnensicherheit“ ist um 17,95 US-Dollar für InternetnutzerInnen erhältlich. Das Unternehmen hat mit dieser Idee der PatientInnen-orientierten Qualitätssicherung – erweitert durch Informationen über dokumentierte Komplikationen sowie Kunstfehler und sogar Sterbedaten – in einer Marktnische enormen finanziellen Erfolg. Obwohl die Aussagekraft der sogenannten „report cards“ zur Beurteilung kritisch diskutiert wird, scheint der ausgeprägte Wunsch nach der Möglichkeit zum Vergleich zu bestehen, denn schon die Information über die Qualität ist den KonsumentInnen offensichtlich einiges wert (Krumholz, Rathore, Chen, Wang & Radford, 2002).

Die Ziele dieser neuen Initiativen und Konsumentenvereinigungen sind in Anbetracht der heutigen leistungsorientierten Gesellschaft nachvollziehbar und verständlich. Ball und Lillis (2001) formulieren bereits vor mehr als fünf Jahren mit der eindeutigen Aufmachung „Power to the people“ drei Punkte, die als grundlegende Kundenwünsche und somit Zielsetzungen dieser Organisationen verstanden werden sollen. (1) Komfort (*Convenience*): Konsumenten erwarten in sämtlichen Bereichen des täglichen Lebens den höchstmöglichen Komfort, angefangen beim Gehaltskonto mit Online-Banking über Flugbuchungen im Internet bis hin zum Gesundheitswesen. Dieses passt sich nur langsam der steigenden Nachfrage nach Komfort an, und auch die bisher vorhandenen Online-Angebote bieten noch nicht die gewünschten Annehmlichkeiten. (2) Kontrolle (*Control*): Die Kontrolle über die eigene Gesundheit oder zumindest die wichtigste Rolle im Zusammenhang mit der eigenen Gesundheit zu übernehmen ist eine der höchsten Prioritäten von E-Health-KonsumentInnen. Der Wunsch vieler KundInnen ist es, als PartnerIn

in der Erhaltung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit betrachtet zu werden. (3) Wahl (*Choice*): Im Bereich E-Health fordern KonsumentInnen, entsprechend der Wahlmöglichkeiten bei anderen Produkten, eine breite Palette an Angeboten, die Möglichkeit zu Alternativen und Informationen darüber; das gilt sowohl für unterschiedliche Behandlungen als auch für niedergelassene ProfessionistInnen und Kliniken.

Diese Veränderungen sind für alle Gesundheitsberufe relevant, unabhängig davon ob Einzelpersonen gewillt sind, sich mit den neuen Möglichkeiten des Internet auseinander zu setzen oder nicht. Viele hilfesuchende Personen suchen im Internet nach Antworten, und somit entsteht eine Dynamik, die im Beitrag von Berger (siehe Kapitel „Beziehungen in Online-Beratungen und Therapien: Chancen und Herausforderungen für Hilfesuchende und Beratende“) genauer betrachtet und analysiert wird.

#### 4.2. Private Beziehungen

Die Beziehungen ändern sich allerdings nicht nur zwischen ProfessionistInnen und Ratsuchenden, sondern auch im privaten Bereich. Denn nicht nur für professionelle Beziehungen gilt, dass online wesentlich schneller ein Gefühl von Vertrautheit und sozialer Bindung entwickelt wird. Die textbasierte Kommunikation enthüllt manche Seiten der Persönlichkeit wesentlich rascher. Chats sind zumeist offener und wesentlich direkter als Face-to-Face Gespräche im „real life“. Obwohl das Internet Menschen verbindet, schafft es natürlich auch Isolation; weder Berührungen noch olfaktorische Sinneswahrnehmungen und Körpersprache sind möglich (Hanlon, 2001). Nicht nur diesbezüglich werden sich die Technologien sicher in den kommenden Jahrzehnten wesentlich weiter entwickeln. Auch Döring (2003) sieht die Besonderheit der neuen Medien in der beschleunigten Selbstoffenbarung, Gedanken werden freimütiger geäußert, in kürzester Zeit werden intensive Gefühle von Nähe und Leidenschaft erlebt. Die Beschränkung auf das rein Textuelle scheint das Gefühl sofortiger Intimität noch mehr zu fördern. Der „Aufenthalt“ im Cyberspace erfolgt jedoch trotzdem sozial isoliert ohne menschlichen Kontakt. Dem Bedürfnis nach „echter“ Bindung wird durch Weiterführung zahlreicher Cyber- und Online-Beziehungen im realen Leben Rechnung getragen. Personen mit einem problematischen Internetgebrauch versuchen häufig die emotionalen Bedürfnisse durch ein Cyberleben zu befriedigen. Nahezu ein Drittel dieser Menschen haben eine sexuelle Beziehung zu Personen, die sie online kennen lernten (Greenfield, 2000). Den Aspekt der Sexualität im Zusammenhang mit der Internetnutzung analysiert Eichenberg in ihrem Beitrag und betrachtet dabei neben zahlreichen anderen Themen auch Cybersex und Cyberliebe als Ausprägungen sexualbezogener Internetnutzung.

Turkle (1998) beschreibt zwei Phasen der Intensität anhand von Beziehungen in MUDs (Multi User Dungeons) übertragbar auch auf Beziehungen in Chats. In der ersten Phase erleben User, die sich in einem MUD kennen lernen und sich sympa-

thisch sind, eine rasch enger werdende intensive Beziehung. Schon nach relativ kurzer Zeit tritt das starke Gefühl auf, die Person ewig zu kennen. In der zweiten Phase versuchen die Beteiligten, ihre Beziehung von der virtuellen auf die reale Ebene zu bringen. Der Großteil erlebt hierbei eine herbe Enttäuschung, da durch die textbasierte Kommunikation die Bilder – selbst wenn Fotos ausgetauscht werden – vorwiegend „im Kopf des Betrachters“ entstehen. Da dieses Wunschbild meistens nicht mit der Realität übereinstimmt, enden oft monatelang blühende Online-Romanzen abrupt, sobald man sich real gesehen hat. Turkle beschreibt, dass sie User nach solch enttäuschenden Begegnungen gebeten hat, sich die Online-Protokolle der romantischen Chats durchzulesen. Erstaunlicherweise berichteten User, dass sie die ehemalige Intensität, die Gefühle der Wärme und der Vertrautheit in den Protokollen nicht wieder entdecken konnten. Dies wird damit begründet, dass die als intensiv erlebten Gefühle vorwiegend im Geist konstruiert werden (Hanlon, 2001; Turkle, 1998).

Aus dem verstärkten Gefühl der Intimität und schneller intensiver Beziehungen entwickelt sich online ein stärkeres Potential für Seitensprünge, da online Aspekte der Persönlichkeit ausgelebt werden können, die offline eventuell mit gesellschaftlichen Sanktionen belegt werden würden (Greenfield, 2000, Young, 1998). Eine der ersten Studien zu diesem Thema stammt von Cooper, Scherer, Boies und Gordon (1999). Sie berichten, dass eine steigende Zahl von Klienten Probleme mit dem Umgang mit Online-Pornografie hatte. Von 9177 Usern wurden 8,3 % als „High User“ identifiziert, die zwischen 11 und 80 Stunden pro Woche auf der Suche nach Online-Pornografie im Netz verbringen. In dieser Gruppe waren auch signifikant weniger Partnerschaften zu finden. Weiters existiert eine starke Korrelation zwischen der Zeit, die User online sind auf der Suche nach Cybersex und dem negativen Effekt auf das Leben des Betreffenden (zum Beispiel starke soziale Isolation) (siehe dazu auch die Teile II (Beziehungsänderung) und IV ((Unerwünschte) Nebenwirkungen)).

## 5. (Unerwünschte) Nebeneffekte

Neben den bereits angeführten positiven gesundheitsbezogenen Aspekten gibt es einige Bereiche der neuen Medien und deren Nutzung, die in diesem Zusammenhang kritischer betrachtet werden (sollten) als andere. Neben bestimmten Effekten, die besonders das Internet als Medium ausmachen, sind zusätzlich einige Gebiete für den Gesundheitsbereich spezifisch relevant. Die durch die Medien bekannt gewordenen unerwünschten Nebeneffekte beziehen sich großteils auf Phänomene, die mit der Art der Nutzung des Internet zusammenhängen. Die Frage, die sich in dem Zusammenhang stellt ist, ob es sich um Phänomene handelt, die tatsächlich das Internet bewirkt, oder ob das Internet nicht vielmehr eine Lupe darstellt, durch die auch offline vorhandene gesellschaftliche Phänomene genauer gesehen werden.

Bereits die Nutzung von E-Mail kann durch Informationsüberlastung zu Stress führen. Die Ursachen und Auswirkungen der E-Mail Informationsüberlastung werden im vorliegenden Band im Beitrag von Soucek (siehe Kapitel „Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation“) beschrieben. Alleine die Verbindung mit einem neuen Medium wie dem Internet und damit mit einer Welt voller Informationen kann auf viele Menschen stimulierend bis berauschend wirken. Viele Menschen empfinden Euphorie, wenn sie sich per Mausklick mit größeren Systemen verbinden können. Alleine diese Tatsache beinhaltet natürlich durchaus das Potential des „ungesunden“ Internetgebrauchs. Die Frage nach etwaigen pathologischen Mustern in Bezug auf die Internet-Nutzung und den möglichen Diagnosen in Zusammenhang mit den Mustern des Internetgebrauchs soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Gerade im klinisch-psychologischen Bereich gibt es dazu bereits einige Abhandlungen (siehe dazu beispielsweise Ott & Eichenberg sowie die Beiträge von Lehenbauer, Kapitel „Problematischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische maladaptive Kognitionen“, sowie Smahel und KollegInnen, Kapitel „Abhängigkeit und Internet-Applikationen: Spiele, Kommunikation und Sex-Webseiten“, in vorliegendem Band). Die Zeitlosigkeit als spezielles Charakteristikum des Internet ist allerdings nicht nur für Internet-Nutzer mit problematischem Verhalten relevant. Fast jede Person mit einem pathologischen Internetgebrauch berichtet von einer verzerrten Zeitwahrnehmung, sobald er oder sie online ist. Das Surfen im Netz ist meistens – ähnlich beschreiben es Glücksspielsüchtige bei Besuchen im Casino – „jenseits von Zeit und Raum“. Durch die Erfahrung der Dissoziation (Phänomen der Zeitlosigkeit) schenkt der User der Außenwelt wenig Beachtung. Die Wahrnehmung und die Konzentration verengen sich und fokussieren sich auf das Internet. User berichten von einem regelrechten Flow-Gefühl, das sie während ihrer Online-Phasen verspüren. Die Konzentration liegt auf dem Bildschirm, die Zeit wird wenig bis gar nicht wahrgenommen, bevor erstaunt festgestellt wird, wie viele Stunden schon vergangen sind (Greenfield, 2000). Was noch als „normale“ Nutzung des Internet zu sehen ist, und ab wann es zu einem Suchtmedium wird, ist schwer zu definieren. Einige Forscher versuchten mittels ICD-10 und DSM-IV Kriterien für diese neue Art der Sucht zu entwickeln. Die größte Studie im deutschsprachigen Raum stammt von Hahn und Jerusalem (2001), die fünf Kriterien für die Diagnose Internetsucht nach ICD-10 definieren konnten. Diese sind die Einengung des Verhaltensraums (der größte Teil der Tageszeit wird für internetbezogene Aktivitäten genutzt), der Kontrollverlust (über den Beginn und das Ende der Internetnutzung), die Toleranzentwicklung (es wird immer mehr Zeit für Internetaktivitäten verwendet), die Entzugserscheinungen (bei längerer Unterbrechung treten Entzugserscheinungen, wie Gereiztheit, Nervosität oder Aggression auf) und negative soziale und personale Konsequenzen (in Bereichen der sozialen Beziehungen sowie bei der Arbeit und Leistungsfähigkeit).

Die American Psychological Association (APA) entwickelte unter Berücksichtigung des „Pathologischen Glücksspiels“ zehn Kriterien zur Beurteilung einer Internet-Abhängigkeit. Diese Kriterien wurden von Kratzer (2006) folgender-

maßen beschrieben: (1) Beschäftigung mit dem Internet auch in offline Phasen, (2) Toleranzsteigerung, es muss immer mehr Zeit im Internet verbracht werden, (3) Unfähigkeit, den Gebrauch des Internet zu kontrollieren, (4) Nervosität und Reizbarkeit sobald der Internetgebrauch reduziert wird, (5) das Internet wird als Fluchtmittel verstanden, um vor Problemen zu fliehen, oder das eigene schlechte Befinden zu verbessern, (6) Verheimlichung des Ausmaßes der Beschäftigung vor Freunden und der Familie, (7) bestehende Gefahr des Verlusts von Arbeit, Ausbildungs- und Karrieremöglichkeiten aufgrund der intensiven Beschäftigung mit dem Internet, (8) sogar nach negativen Konsequenzen wird die übermäßige Beschäftigung weitergeführt, (9) im offline Zustand treten Entzugerscheinungen auf und (10) die online Phasen sind länger als geplant.

Ein möglicher Grund für den exzessiven Internetgebrauch ist die Tatsache, dass sich in den neuen Medien viele Informationen zu fast jedem Themengebiet, einschließlich Sexualität und jeder erdenklichen Form von Unterhaltung für alle Altersgruppen finden lassen. Zusätzlich fällt es auch Personen mit bestimmten, möglicherweise statistisch seltenen Bedürfnissen über das weltweite Netz leichter, Menschen mit ähnlichen Interessen zu finden. Menschen mit abweichenden Neigungen haben in der Realität größere Schwierigkeiten, ihre Sexualität auszuleben. Somit nutzt ein erheblicher Teil das Internet, um sich (in welcher Form auch immer) zu stimulieren (Greenfield, 2000). Das diesbezüglich am häufigsten diskutierte Sexualverlangen stellt das Bedürfnis in Richtung Kinder- und/oder Gewaltpornographie dar, wobei manche Forscher bereits von einer „Kinderpornografieinternetsucht“ sprechen (Seikowski, 2005). Nachstehend sollen weniger bekannte Themen angeführt werden, die durch das Internet im Zusammenhang mit dem Thema Sexualität sichtbar werden. Nachdem jegliche Werbung vermieden werden soll sind die URLs der entsprechenden Seiten nicht angeführt, können aber von interessierten LeserInnen durch die Eingabe der im Text verwendeten Begriffe jederzeit mittels verschiedenster Suchmaschinen gefunden werden.

Es scheint, als ob die Bereitschaft für risikoreiche Sexualkontakte (ungeschützten Verkehr) steigt, und diese auch noch online „beworben“ wird. Ein diesbezüglicher Trend ist das so genannte „Pozen“ oder „Posen“, das gleichbedeutend damit ist, „jemanden HIV-Positiv zu machen“ oder HIV-Infektionen zu provozieren. Durch Recherchen im Internet werden derartige Trends sichtbar, die sonst vielleicht jahrelang unentdeckt blieben. Dabei geht es darum, dass Personen im Internet in diversen Foren relativ einfach nach infizierten Menschen suchen können. Eine weitere Gefahr ergibt sich natürlich auch in Hinblick auf andere sexuell übertragbare Krankheiten. So untersuchten beispielsweise Studien die HIV-Infektionsrate von Paaren, die sich im Internet kennen lernten. Ergebnisse zeigten, dass hier ein erhöhtes Risiko für eine Infektion vorlag. Die Hemmschwelle für ungeschützten Verkehr scheint zu sinken, da man meint, den Partner – möglicherweise auch aufgrund der beschleunigten Intimität (siehe Teil II (Beziehungsänderung)) – schon genügend zu kennen (Gauthier & Forsyth, 1999; McFarlane, Bull & Reitmaier, 2000).

Relativ wenig diskutiert ist im Bereich des devianten Sexualverhaltens der sexuelle Missbrauch von Tieren. Hinter den damit zusammenhängenden Begriffen



„Zoophilie“ und „Bestialität“ verbirgt sich das Ausleben sexueller Bedürfnisse am nur mangelhaft geschützten und in Abhängigkeit lebenden Tier. Personen, die unter Zoophilie „leiden“, bezeichnen sich selbst als Zoos. Weiters wird im Internet auch häufig der Begriff Zoosexualität verwendet, um das negative Bild des Begriffes Zoophilie zu vermeiden (!). So findet sich beispielsweise eine Seite zur „Aufklärung“ über Zoophilie, bezeichnet als die Liebe zu und mit Tieren. Zwar spricht sich die Seite eindeutig gegen Gewalt an Tieren aus (Zoosadismus) und der nicht namentlich genannte Autor ist Mitglied der Initiative Red Ribbon gegen Hundehass. Jedoch wird trotz dieses wertschätzenden Hintergrundes auf der Webseite verbreitet, dass Tiere auch sexuelle Kontakte zu Menschen wünschen und dies auch zum Ausdruck bringen. Ähnliche Inhalte finden sich auf zahlreichen anderen Webseiten im deutschen Sprachraum. Im englischen Sprachraum ist das Thema noch leichter, beispielsweise über Suchmaschinen, auffindbar. Zusätzlich gibt es – wie zu anderen Themen auch – Chats, wie beispielsweise das deutschsprachige Zoothought Project, zahlreiche Mailinglisten und Diskussionsforen. Speziell bei einer derartigen Vorliebe spielt neben der geografischen Unabhängigkeit und Internationalität des Internets auch besonders die vorhandene Anonymität eine sehr große Rolle.

Neben der erhöhten Sichtbarkeit vielfältiger sexueller Bedürfnisse werden auch andere Bedürfnisse und Wünsche besonders durch das Internet und dessen Möglichkeit zur weltweiten Vernetzung verbreitet. In diesem Zusammenhang ist auch die so genannte „Body Integrity Identity Disorder“ (BIID), zu deutsch Körperteilablehnung, in Erscheinung getreten. Darunter verstanden wird der Zustand eines Menschen, in dem er einen Teil seines intakten Körpers als nicht zugehörig empfindet und einen starken Wunsch nach einer Körperbehinderung wie einer Amputation oder Lähmung verspürt. Die Erreichung eines solchen Zustandes wird als Vervollständigung empfunden und nicht als Verstümmelung. Nicht nur aus verschiedenen Recherchen sondern auch aus Literaturziten wird ersichtlich, welche große Rolle das WWW bei diesem Störungsbild spielt. Einerseits gibt es online Optionen zur Suche nach Ärzten oder Einrichtungen, die Eingriffe wie Amputationen gesunder Körperteile vornehmen, andererseits bietet das Internet zahlreiche Möglichkeiten zum Austausch mit Gleichgesinnten. In den dementprechenden Diskussionsforen werden beispielsweise möglichst „ungefährliche“ Formen der Selbstverstümmelung diskutiert, die den Wunsch nach Amputation oder Lähmung möglichst genau erfüllen. Neben online zu findenden Diskussionsforen gibt es Homepages von Betroffenen, die sich und ihre Geschichte präsentieren und teilweise auch genaue Tipps geben, auf welche Art und in welchem Ausmaß Amputationen am ehesten zu empfehlen sind. Zusätzlich gibt es auch Chats, Mailing-Listen und zahlreiche Seiten mit Definitionen verschiedenster Begrifflichkeiten dieser „Subkultur“. Wie bei anderen bereits erwähnten Thematiken fällt auch hier auf, dass Literatur und konkrete Hinweise sowie Darstellungen wesentlich besser und häufiger online zu finden sind als in gedruckter Literatur (Kryspin-Exner, in Vorbereitung).



Weitere Beispiele für „Subkulturen“ stellen auch die durch die Medien bekannten Pro-Ana (Pro-Anorexie) und Pro-Mia (Pro-Bulimie) Bewegungen dar, die durch das Netz einen hohen Bekanntheitsgrad erreicht haben. Von den AnhängerInnen wird Kontrolle, Empowerment und eine positive Einstellung gegenüber Essstörungen als Life-Style propagiert und die Betrachtung als Pathologie abgelehnt (Battaglia & Banuelos, 2007). Durch die große Bekanntheit der Bewegungen werden laufend Websites „aus dem Netz genommen“, die allerdings kurz darauf an anderen Stellen wieder auftauchen.

Eine ganz andere Form der Steigerung der bisher angeführten interaktiven Nutzung des Internet stellt die Möglichkeit des Online-Shoppings dar, die natürlich auch im Gesundheitsbereich eine große Rolle spielt und für viele von großem Interesse ist. Im Sinne der unerwünschten Nebeneffekte ist diese Tatsache besonders dann relevant, wenn nicht gesundheitsförderliche Dinge mit wenigen Mausklicks online erworben werden können. Um den Rahmen der Abhandlung nicht zu sprengen, soll dabei besonders auf den Aspekt der Online-Bestellung verschiedener Substanzen eingegangen werden. Neben dem Erwerb verschiedener OTC-Produkte (Over-The-Counter-Produkte), also rezeptfrei erhältlicher Produkte wie Nahrungsergänzungsmittel oder Lifestyle-Produkte (siehe dazu die Abhandlung von König in Kapitel „Selbstmedikation im Internet“), ist dabei als unerwünschter Nebeneffekt besonders die Möglichkeit, im Internet verschreibungspflichtige Medikamente auch ohne ärztliches Rezept zu erhalten, relevant. Ein Spezialbereich ist aufgrund der Online-Bestellmöglichkeiten die einfache Verfügbarkeit von Anabolika und Steroiden in diversen Bodybuilding-Foren. In diversen Online-Foren zu verschiedenen Arten von Medikamenten, die meist für bestimmte Erkrankungen entwickelt wurden, werden ergänzend dann auch noch genaueste Informationen über die Art der Applikation (meist intramuskulär) gegeben. Ergänzend können potentielle InteressentInnen auf youtube Videos zur Injektion von Anabolika ansehen. Die Annahme liegt nahe, dass durch diese vielfältige Präsenz und die Art der Präsentation auch die Hemmschwelle für Ge- und Missbrauch der Substanzen sinkt. Erhältlich sind diese Medikamente selbstverständlich auch im Internet, und darüber hinaus gibt es Online-Shops, die illegale Substanzen vertreiben. Daher gilt es, zwischen dem Vertrieb von (größtenteils noch) unklassifizierten und daher legalen Substanzen, wie beispielsweise Derivaten und geringfügig chemischen Abänderungen bekannter „Designerdrogen“ sowie Vorläuferstoffen, und dem Verkauf von im Herkunftsland noch als legal eingestuft Substanzen, die dann aber in Länder versendet werden, wo diese Substanzen definitiv als illegal klassifiziert sind, zu unterscheiden. Auch wenn viele der Internet-VerkäuferInnen sehr wohl die internationalen Gesetze beachten, gibt es trotzdem für alle Personen mit Interesse an dem Online-Erwerb illegaler Substanzen mit ein bisschen Recherche alle Möglichkeiten. Ganz zu schweigen von den Möglichkeiten der persönlichen Kontaktabnähung in den drogenspezifischen Newsgroups.

Krohs (2004) stellt die äußerst relevante Frage nach der Verantwortlichkeit. Wenn Internet-NutzerInnen Ratschläge von Expertensystemen, beispielsweise Datenbanken mit medizinischem Fachwissen oder Online-Apotheken mit Zu-

satzinformationen annehmen, wer ist dann einerseits rechtlich und andererseits moralisch verantwortlich? Der Autor unterscheidet dabei zwei Verantwortungen; jene für die Erteilung des Ratschlages und jene für die Umsetzung des Ratschlages. Wer ist für ein komplett computergeneriertes Rezept verantwortlich? Wer ist verantwortlich für Vorschläge, die ein von ProfessionistInnen erstelltes Expertensystem gibt? Einige gesundheitsbezogene Webseiten betonen die Eigenverantwortung der User, die natürlich gerade bei gut informierten Health Seekern sicher immer größer wird. Allerdings können auch bei computergenerierter Information, und besonders bei Rezepten für Medikamente, die dahinter stehenden Fachkräfte des Gesundheitswesens nicht aus der Verantwortung entlassen werden.

## 6. Forschung

Die Forschung in gesundheitsbezogenen Wissenschaften verändert sich nach wie vor durch die Möglichkeiten des neuen Mediums rasant. Das Internet wird zunehmend als Instrument im Rahmen der Forschung eingesetzt (Rodgers et al., 2001), was auch für den gesundheits-psychologischen Bereich gilt. Es erlaubt den Zugriff auf Datenbestände in einem bis dato unbekannten Ausmaß, und die Wachstumsraten des Internet sprechen dafür, dass sich auch in Zukunft nichts daran ändern wird; im Gegenteil, die Struktur der Internet-User passt sich immer mehr der Verteilung in der Bevölkerung an (Janetzko, 1999). Außerdem bietet das Internet gegenüber herkömmlichen Erhebungsmethoden einen weiteren einmaligen Vorteil. Es können auch gesellschaftlich unauffällige und andere schwer erreichbare „unsichtbare“ Populationen („hidden populations“) untersucht werden, beispielsweise beim Forschungsbereich Drogenkonsum wird diese Problematik immer wieder diskutiert (Nicholson, White, & Duncan, 1998; Reneau, Nicholson, White, & Duncan, 2000). Allerdings gibt es auch zahlreiche andere „hidden populations“ an Personen, die aufgrund ihrer Probleme oder Störungen ungern ProfessionistInnen aufsuchen, wie zum Beispiel Personen, die an einer Sozialphobie (Lehenbauer, Stetina & Kryspin-Exner, 2007) oder auch an einer Zahnbehandlungsangst (Buchanan & Coulson, 2007) leiden. Im Rahmen der Verwendung des Internets als Erhebungsinstrument besteht weiters die Möglichkeit, online durchgeführte Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme zu evaluieren, wie auch Informationen – epidemiologische und/oder soziodemographische Daten, immer verbunden mit dem Problem der Selektion – von der Zielgruppe zu erhalten (Eysenbach, 1997). Obwohl starke Hinweise bestehen, dass Online-Studien valide dieselben psychologischen Phänomene erfassen wie Laboruntersuchungen (Buchanan, 2000; Krantz & Dalal, 2000), sind doch nach wie vor einige Probleme ungeklärt, wie unter anderem die Problematik der Selbstselektion (Buchanan & Smith, 1999).

Die Meinungen über das Internet als Alternative zu den vorherrschenden Datenerhebungstechniken der empirischen Sozialforschung sind geteilt. Einerseits werden Online-Techniken als nicht ernstzunehmende Alternative bezeichnet, an-

dererseits spricht die steigende Anzahl der Datenerhebungen via Internet für die zunehmende Verwendung dieser Methode (Bandilla, 2002; Bandilla & Bosnijk, 2000). Außerdem gibt es Hinweise, dass Teilnehmer anonymer Online-Studien weniger sozial erwünscht antworten als bei der Verwendung von Papier-Bleistift-Verfahren (Joinson, 1999).

Die häufigsten Datenerhebungsmethoden im Internet sind Online-Fragebögen oder Web-based Surveys, E-Mail-Fragebögen oder Electronic Mail Surveys und Web-Experimente oder Web-based Experiments. Online-Fragebögen können in Bezug auf den Datentransfer interaktiv oder passiv gestaltet werden. Bei der interaktiven Gestaltung werden die Daten jeder Frage oder jedes Teils nach der Beantwortung zum Server geschickt. Bei passiven Online-Fragebögen werden die Daten erst nach der kompletten Beantwortung durch die Betätigung eines „Submit“-Buttons beziehungsweise der dahinter stehenden Funktion auf den Server transferiert (Crawford, Couper & Lamias, 2001; Janetzko, 1999). Besonders in der qualitativen Forschung erhalten zusehends Analysen diverse Online-Tagebücher und Blogs sowie auch die Textanalyse von Discussionboards eine besondere Bedeutung in der Online-Forschung. Ein weiterer neuer Bereich der auch von vielen Privatpersonen betrieben wird, ist die „Biografieforschung“ im Internet.

Es können dabei auch zwei verschiedene Formen der Datenerhebung unterschieden werden. Erstens die reaktive Datenerhebung, bei der dem Benutzer klar ist, dass die von ihm kommenden Daten erfasst werden. Er kann auf die Datenerhebung reagieren und sich beispielsweise bei einem Fragebogen von seiner besten Seite zeigen. Daher sind bei reaktiven Datenerhebungen Verzerrungen beziehungsweise Effekte durch sozial erwünschte Antworten nicht auszuschließen. Zweitens die non-reaktive Datenerhebung, wobei nicht-reaktive Daten beispielsweise durch Analyse von Logfiles oder Abfrage der Umgebungsvariablen beim Benutzer erhoben werden. Diese Form der Datenerhebung erfolgt auf für den Benutzer nicht merkbare Weise (Reips, 2002).

Die meisten methodischen Probleme und Bedenken, die oft im Zusammenhang mit Datenerhebungen im Internet genannt werden, haben einen Einfluss auf die Aussagekraft. Die dabei am häufigsten genannten Punkte können von zwei Seiten betrachtet werden. Von Seiten der Grundgesamtheit geht es dabei um die Repräsentativität und Probleme, die sich bezüglich der Grundgesamtheit ergeben, und von Seiten der Stichprobe geht es hauptsächlich um Einflüsse durch Selbstselektion, Drop-Out-Effekte und Einflüsse durch Rekrutierungswege, also um Probleme, die sich bezüglich der Stichprobe ergeben (Janetzko, 1999). Mit weiterführenden Überlegungen zu Vor- und Nachteilen des Einsatzes neuer Forschungsmedien und grundlegenden Gedanken zum Thema Online-Forschung befasst sich der Beitrag von Strassnig (siehe Kapitel „Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung“). An dieser Stelle soll betont werden, dass bereits einige Erkenntnisse bezüglich der Gütekriterien von Online-Fragebögen existieren. Dabei sind besonders die verschiedenen Arten der Objektivität oder Benutzerunabhängigkeit zu nennen. Online erhobene Daten unterscheiden sich von mit üblichen Mitteln rekrutierten Daten in erster Linie durch die Durchfüh-

rungs- und Auswertungsobjektivität. Die Auswertungsobjektivität ist höher, weil eine Online-Datenerhebung Möglichkeiten der automatischen Datenübergabe beinhaltet und damit Fehler durch die händische Dateneingabe in ein Statistikprogramm ausschließt. Die Durchführungsobjektivität wird aufgrund des Wegfalls von Interviewer und/oder Versuchsleiter erhöht, da es nicht zu Verzerrungen durch Versuchsleitereffekte kommen kann. Die Reliabilität von Online-Fragebögen dürfte entsprechend Richter, Naumann und Noller (2003) den Papier-Bleistift-Versionen entsprechen. Außerdem scheint nur der Faktor Internet-Erfahrung eine relevante Rolle zu spielen und wird daher im Rahmen von Vergleichsstudien kontrolliert. Insgesamt kann aus zahlreichen Untersuchungen über das Internet als Erhebungsinstrument ausgesagt werden, dass die Daten und Ergebnisse gegenüber herkömmlich erhobenen Daten als gleichwertig zu betrachten sind. In einigen Untersuchungen wurden mittlerweile traditionelle Methoden mit jenen im Internet verglichen, und es stellte sich, wie bereits angeführt, großteils heraus, dass die Ergebnisse die gleichen sind und die gleichen Phänomene wie in Laborstudien erfasst werden (Buchanan, 1999, 2000; Buchanan & Smith, 1999a, 1999b; Thompson, Surface & Martin, 2003). Bei Fragebögen wurden Papier-Bleistift-Fragebögen mit Internet-Versionen verglichen, und es konnten nur geringe bis gar keine Unterschiede festgestellt werden (Cronk & West, 2002; Epstein, Klinkenberg, Wiley & McKinley, 2001; Knapp & Kirk, 2003). Untersuchungen zeigen zudem starke Hinweise, dass Web-Experimente valide die gleichen psychologischen Phänomene erfassen wie Laboruntersuchungen (Buchanan, 2000; Krantz & Dalal, 2000).

Zusätzlich soll noch die mögliche Verzerrung und Einschränkung der Generalisierbarkeit durch Untersuchungsteilnehmer mit pathologischem Internetgebrauch erwähnt werden. Eine detaillierte Abhandlung dieser Problematik ist an dieser Stelle zwar nicht möglich, aber trotzdem soll dieser äußerst relevante Punkt nicht unbeachtet bleiben. Es ist allerdings auch ohne weitere Erläuterungen klar, dass die Tatsache, ob ein Internet-User aus Interesse oder auch anderen Gründen online ist und einen Fragebogen ausfüllt beispielsweise an einem Web-Experiment teilnimmt, oder ob die Person an einer Störung leidet und daher im World Wide Web surft, einen Einfluss auf die Möglichkeiten zur Verallgemeinerung der Ergebnisse hat (Brenner, 2002).

Der Rücklauf und damit die Ergebnisse werden außerdem von Anonymität und Freiwilligkeit bestimmt. Abgesehen davon, dass die Nutzung der neuen Technologien bei jüngeren Personen weiter verbreitet ist, gibt es außerdem etwaige Verzerrungseffekte durch die männliche Dominanz im Internet. Reips und Franek (2004) konnten in einer Vergleichsstudie zwischen Internet- und Papiervorgabe eines Fragebogens die Unterschiede bezüglich dieser Faktoren explorieren, wobei sie in der Internet-Bedingung 54,8 Prozent Männer und in der Papier-Bedingung etwa die Hälfte, nämlich 50,9 Prozent, feststellten. Die Drop-Outs waren also in der Internet-Bedingung in Relation mehr Frauen. In der Internet-Bedingung war der Altersmedian etwas kleiner, er lag bei 34 Jahren und in der Papier-Bedingung bei 36 Jahren. Zwar lassen diese Ergebnisse keine generelle Aussage zu, entsprechen aber der tendenziellen Veränderung der Online-Population. Frauen sind zwar

nach wie vor, je nach Land unterschiedlich, weniger stark im Internet vertreten als Männer, holen aber kontinuierlich auf. Die gleiche Veränderung zeigt sich bei älteren Personen, denn Senioren sind im Internet zunehmend vertreten. Also dürften Verzerrungen aufgrund dieser Faktoren entsprechend den Veränderungen der letzten Jahre zukünftig noch geringer werden (Reips & Franek, 2004).

Im Bereich Gesundheitsforschung nimmt der Einsatz neuer Medien ebenfalls zu (eine eigene Abhandlung zum Einsatz von Online-Forschung im gesundheitspsychologischen Bereich findet sich im Beitrag von Drobetz siehe Kapitel „Gesundheitspsychologische Online-Research: Ethisch-qualitative Aspekte und konkrete Beispiele“). Die bereits angeführte Möglichkeit des Zugangs zu schwer erreichbaren „hidden“ Populationen ist eine Option, die sich erst durch die weltweite Vernetzung von Personen mit mehr oder weniger seltenen Fragen, Problemen und/oder Erkrankungen ergeben hat. Durch das zunehmende Auftauchen „neuer“ Störungsbilder, der entsprechenden Online-Communities und diverser Selbsthilfegruppen für seltene Erkrankungen ist die Erforschung von Störungsbildern möglich, die bisher aufgrund unzureichender Fallzahlen nur auf unbefriedigende Art und Weise möglich war. Die Möglichkeiten des Internet erlauben es beispielsweise die Wirkung von Selbsthilfegruppen als Soziale Unterstützung bei seltenen Erkrankungen wie Huntington's Disease mit einer ausreichend großen Stichprobengröße, 1313 Nachrichten wurden textanalytisch untersucht, zu erforschen (Coulson, Buchanan & Aubeeluck, 2007). Die Besonderheit bei diesen Populationen ist die mangelnde Information zur Grundgesamtheit. Fraglich ist, ob eine etwaige klinisch rekrutierte Vergleichsgruppe an Personen, beispielsweise mit einer seltenen Erkrankung, tatsächlich repräsentativ ist. Maximal kann anhand epidemiologischer Daten über eine Repräsentativität in Bezug auf alle Personen mit einer derartigen Erkrankung oder solcher, die außerdem eine Klinik aufsuchen, spekuliert werden. Die relevanten Fragen zur Repräsentativität lassen sich hier also nicht diskutieren. Möglicherweise stellt bei gewissen gesundheitlichen Problemen oder Einschränkungen sogar der beispielsweise im WWW auffindbare Ausschnitt einer Population einen wesentlich repräsentativeren Teil einer Population dar. Gewisse Voraussetzungen fundierter gesundheitsbezogener Forschung können also mit Online-Studien und ähnlichem zur Erreichung von „hidden populations“ (unsichtbaren, schwer erreichbaren Zielgruppen) nicht erfüllt werden. Fraglich ist an dieser Stelle, ob diese methodischen Probleme nicht gegenüber dem erwarteten Erkenntnisgewinn nach hinten gereiht werden sollten (Stetina, Jagsch, Schramel & Kryspin-Exner, 2008).

Besonders zur Schnittstelle der Forschungsmethoden und neuer Medien gibt es mittlerweile eine Reihe von Standardwerken, die ProfessionistInnen, Studierenden und auch interessierten Laien einen sehr guten Überblick ermöglichen. Aus diesem Grund finden sich in dem Abschnitt Forschung zwei grundlegende Beiträge als Einführung (siehe Kapitel „Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung“ und Kapitel „Gesundheitspsychologische Online-Research: Ethisch-qualitative Aspekte und konkrete Beispiele“). Für eine genauere Darstellung der Forschungsmethodik sollten LeserInnen die entsprechende Spezialliteratur heranziehen.

## 7. Literatur

- AHERN D. K., KRESLAKE J. M. & PHALEN J. M. (2006). What Is eHealth (6): Perspectives on the Evolution of eHealth Research. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (1), e.4.
- AHMAD F., HUDAK P. L., BERCOVITZ K., HOLLENBERG E. & LEVINSON W. (2006). Are Physicians ready for patients with internet-based health information. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (3), e22
- AINSWORTH M. (2001). *ABCs of Internet Therapy*. Retrieved May 12, 20084, from <http://www.metanoia.org/imhs/interview.htm>
- ALLEN A. (1999). When the ship comes in. *Telemedicine Today*, 7 (6), 7.
- ANDERSON P. L., ZIMAND E., HODGES L. F. & ROTHBAUM B. O. (2005). Cognitive behavioral therapy for public-speaking anxiety using virtual reality for exposure. *Depression and Anxiety*, 22 (3), 156–158.
- ÄRZTLICHES QUALITÄTSZENTRUM. Retrieved January 22, 2008, from <http://www.patientenbefragung.at/index.php>
- BALL M. J. & LILLIS J. (2001). E-health: transforming the physician/patient relationship. *International Journal of Medical Informatics*, 61, 1–10.
- BANDILLA W. (2002). Web surveys – An appropriate mode of data collection for the social sciences? In: Batinic B., Reips U.- D. & Bosnjak M. (Eds.). *Online social sciences* (pp. 1–6). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- BANDILLA W. & BOSNJAK M. (2000). Online surveys als Herausforderung für die Umfrageforschung: Chancen und Probleme [Online surveys as a challenge for survey research: Chances and limitations]. In: Mohler P. Ph. & Luttinger P. (Eds.). *Querschnitt: Festschrift für Max Kaase* (S. 9–28). Mannheim, Germany: ZUMA.
- BANUELOS R. & BATTAGLIA J. (2007, May) “Demystifying the Weigh-In: Body Politics and Identity Formation of Pro-Ana and Pro-Mia Girls” Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association, TBA, San Francisco, CA Online <PDF> Retrieved 2008-08-20 from [http://www.allacademic.com/meta/p173253\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p173253_index.html)
- BECKJORD E. B., RUTTEN L. J. F., SQUIERS L., ARONA N. K., VOLKMANN L., MOSER R. P. & HESSE B. W. (2007). Use of the Internet to communicate with health care providers in the United States: Estimates from the 2003 and 2005 Health Information National Trends Surveys (HINTS). *Journal of Medical Internet Research*, 9(3), e20.
- BERUFSVERBAND DEUTSCHER PSYCHOLOGINNEN UND PSYCHOLOGEN (2001). Online-Gütesiegel. Retrieved February 12, 20048, from <http://www.bdp-verband.org/html/service/siegel.html>
- BOYER C., GAUDINAT A., BAUJARD V. & GEISBÜHLER A. (2007). Health on the Net Foundation: assessing the quality of health web pages all over the world. *Medinfo*, 12 (2), 1017–1021.
- BRASHERS D. E., NEIDIG J. L. & GOLDSMITH D. J. (2004). Social Support and the Management of Uncertainty for People Living With HIV or AIDS. *Health Communication*, 16 (3), 305–331.

- BRENNER V. (2002). Generalizability issues in Internet-based survey research: Implications for the Internet addiction controversy. In: Batinic B., Reips U.-D. & Bosnjak M. (Eds.). *Online Social Sciences* (pp. 93–113). Seattle, WA: Hogrefe & Huber. In: Bosnjak M., Batinic B. (Eds.), Reips U.-D. (Ed). *Online Social Sciences* (93–113). Ashland, OH, US: Hogrefe & Huber Publishers.
- BROOKS R. G. & MENACHEMI N. (2006). Physicians' Use of Email With Patients: Factors Influencing Electronic Communication and Adherence to Best Practices. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (1), e2.
- BUCHANAN H. & COULSON N. (2007). Accessing dental anxiety online support groups: An exploratory qualitative study of motives and experiences. *Patient Education and Counseling*, 66, 263–269.
- BUCHANAN T. (2000). Internet research: self-monitoring and judgments of attractiveness. *Behav Res Methods Instrum Comput*, 32 (4), 521–527.
- BUCHANAN T. & SMITH J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: personality testing on the World Wide Web. *British Journal of Psychology*, 90 (1), 125–144.
- CARDEN C. P., JEFFORD M. & ROSENTHAL M. A. (2007). Information about cancer clinical trials: an analysis of Internet resources. *European Journal of Cancer*, 43 (10), 1574–1580.
- CARVEL D. (2005). Mis-manage-meant. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 55 (510), 56.
- COOPER A., SCHERER C., BOIES S. & GORDON B. L. (1999). Sexuality in the Internet: From Sexual Exploration to Pathological Expression. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30 (2), 154–164.
- COULSON N., BUCHANAN H. & AUBEELUCK A. (2007). Social support in cyberspace: A content analysis of communication within a Huntington's disease online support group. *Patient Education and Counseling*, 68, 173–178.
- CRAWFORD S. D., COUPER M. P. & LAMIAS M. J. (2001). Web Surveys: Perceptions of burden. *Social Science Computer Review*, 19, 146–162.
- CRONK B. B., WEST J. L. (2002). Personality research on the internet: A comparison of web-based and traditional instruments in take-home and in-class settings. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 34 (2), 177–180.
- CUIJPERS P., STRATEN A. VAN & ANDERSON G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioural Medicine*. Retrived January 28, 2008, from <http://www.springerlink.com/content/d6858685gk767440/fulltext.pdf>
- DEVINENI T. & BLANCHARD E. B. (2005). A randomized controlled trial of an internet-based treatment for chronic headache. *Behaviour Research and Therapy*, 43 (3), 277–292.
- DÖRING N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- EACHUS P. (1999). Health information on the internet. *International Journal of Health Promotion and Education*, 37, 30–33.
- EATON L. (2002). A third of Europeans and almost half of Americans use internet for health information. *British Medical Journal*, 325 (7371), 989b.



- EEUROPE 2002, Kommission der Europäischen Gemeinschaften. Retrieved January 22, 2008 from [http://www.hon.ch/HONcode/HON\\_CCE\\_de.htm](http://www.hon.ch/HONcode/HON_CCE_de.htm)
- EICHENBERG C. & OTT R. (2003). Informationen über psychische Störungen im Internet: Überblick und Qualitätssicherung. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 21–46). Göttingen: Hogrefe.
- ELSTE F., LUTZ T. & DIEPGEN T. L. (2004). Marketing in der Arztpraxis. Die Praxis-Broschüre als Patientenservice. *Deutsches Ärzteblatt/Praxis Computer* 2/2004: 3–5. Retrieved June 30, 2008, from <http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=41724>
- EPSTEIN J., KLINKENBERG W. D., WILEY D. & MCKINLEY L. (2001). Insuring sample equivalence across Internet and paper-and-pencil assessments. *Computers in Human Behavior*, 17, 339–346.
- EYSENBACH G. & DIEPGEN T. L. (1999a). Patients looking for information on the internet and seeking teleadvice . Motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. *Archives of Dermatology*, 135 (2), 151–156.
- EYSENBACH G. & DIEPGEN T. L. (1999b). Das Internet: Bedeutung für Prävention, Gesundheitsförderung und Evidenz-basierte Medizin. Arbeitsgruppe Cybermedizin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 124 (46), 1404–1405.
- EYSENBACH G. & KÖHLER C. (2002). How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. *British Medical Journal*, 324 (7337), 573–577.
- EYSENBACH G. & KÖHLER C. (2004). Health-related searches on the internet. *The Journal of the American Medical Association*. 291 (34), 2946.
- EYSENBACH G. (1997). Präventivmedizin und Internet – Prävention durch Information. In: Allhoff P. G., Leidel J., Ollenschläger G. & Voigt H. P. (Hrsg.), *Präventivmedizin*. Heidelberg: Springer.
- EYSENBACH G. (2000). *FAQ Cybermedizin*. Retrieved March 19, 2003, from the World Wide Web: <http://www.yi.com/home/EysenbachGunther/faq.htm>
- EYSENBACH G. (2001). What is e-health? [Editorial]. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2). Retrieved December 04, 2003, from <http://www.jmir.org/2001/2/e20/index.htm>
- EYSENBACH G. (2008). Credibility of Health Information and Digital Media: New Perspectives and Implications for Youth. Digital Media, Youth and Credibility. In: Metzger M. J. & Flanagin A. J. (Eds.), *The John D. and Catherine T. Mac Arthur Foundation Series on Digital Media and Learning* (pp. 123–154). Cambridge: The MIT Press
- EYSENBACH G., POWELL J., KUSS O. & SA E.-R. (2002). Empirical Studies Assessing the Quality of Health Information for Consumers on the World Wide Web: A Systematic Review. *Journal of the American Medical Association*, 287 (20), 2691–2700.
- FERGUSON T. (2002). From patients to end users. Quality of online patient networks needs more attention than quality of online health information. *British Medical Journal*, 324 (7337), 555–556.



- FOX S. (2005). Health Information Online. Eight in ten internet users have looked for health information online, with increased interest in diet, fitness, drugs, health insurance, experimental treatments, and particular doctors and hospitals. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved January 18, 2008, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Healthtopics\\_May05.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Healthtopics_May05.pdf)
- FOX S. (2006). Online Health Search 2006. Most internet users start at a search engine when looking for health information online. Very few check the source and date of the information they find. *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved January 18, 2008 from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Online\\_Health\\_2006.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf)
- GAGLIARDI A. & JADAD A.R. (2002). Examination of instruments used to rate quality of health information on the internet: Chronicle of a voyage with an unclear destination. *British Medical Journal*, 324 (7337), 569–573.
- GAUDINAT A., GRABAR N. & BOYER C. (2007). Machine learning approach for automatic quality criteria detection of health web pages. *Medinfo*, 12 (1), 705–709.
- GAUTHIER D. & FORSYTH C. (1999). Bareback sex, bug chasers, and the gift of death. *Deviant Behavior: An Interdisciplinary Journal*, 20, 85–100.
- GERBER B. S. & EISER A. R. (2001). The patient physician relationship in the Internet age: future prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), 15.
- GOLDNER M. (2006). Using the Internet and Email for Health Puposes: The Impact of Health Status. *Social Science Quarterly*. 87 (3), 690–710.
- GORDON J. B., BAROT L. R., FAHEY A. L. & MATTHEWS M. S. (2001). The internet as source of information on breast augmentation. *Plastic and Reconstructiv Surgery*, 107 (1), 171–176.
- GREENFIELD, D. N. (2000). *Suchtfälle Internet: Hilfe für Cyberfreaks, Netheads und ihre Partner*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- GRIFFITHS F., LINDENMEYER A., POWELL J., LOWE P. & THOROGOOD M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2), e10.
- GROHOL J. M. (1999). Definition and Scope of e-therapy. Retrieved 28.05.2004, from *PsychCentral Website* <http://psychcentral.com/best/best3.htm>
- GROHOL J. M. (2001). Best Practices in e-therapy: Clarifying the Definition. Retrieved May 28, 2004, from *PsychCentral Website* <http://psychcentral.com/best/best5.htm>
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2001). *Internetsucht: Entwicklung eines diagnostischen Instruments und Befunde aus drei Online-Studien*. Paper presented at the 42. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena, Germany.
- HANLON J. (2001). Disembodied Intimacies. Identity and Relationship on the Internet. *Psychoanalytic Psychology*, 18 (3), 566–571.
- HARDWICK J. C. R. & MACKENZIE F. M. (2003). Information contained in miscarriage-related websites and the predictive value of website scoring systems. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 106 (1), 60–63.
- HARLAND J. & BATH P. (2007). Assessing the quality of websites providing information on multiple sclerosis: evaluating tools and comparing sites. *Health informatics Journal*, 13 (3), 207–2–21.

- HOLMES L. (2002). *Cybertherapy – is it really therapy?* Retrieved May 05, 2004, from Mental Health Resources, About.com. <http://mentalhealth.about.com/library/weekly/aa042197.htm>
- HON Verhaltenskodex für medizinische und gesundheitsbezogene Webseiten. Retrieved January 22, 2008, from [http://www.hon.ch/HONcode/Conduct\\_de.html](http://www.hon.ch/HONcode/Conduct_de.html)
- HORRIGAN J. & RAINIE L. (2006). *The Internet's Growing Role in Life's Major Moments*. Washington, DC: *Pew Internet & American Life Project*. Retrieved January 17, 2008, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Major%20Moments\\_2006.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Major%20Moments_2006.pdf)
- HUBER H. P. (2008). *Allgemeine Klinische Psychologie*. Göttingen: Hofgrefe.
- HUNTER C. M., PETERSON A. L., ALVAREZ L. M., POSTON W. C., BRUNDIGE A. R., HADDOCK C. K., VAN BRUNT D. L. & FOREYT J. P. (2008). Weight management using the internet a randomized controlled trial. *American Journal of Preventive Medicine*, 34 (2), 119–126.
- INTERNET MENTAL HEALTH (2004). Internet Mental Health. Retrieved May 25, 2004, from <http://www.mentalhealth.com>
- IPSER J. C., DEWING S. & STEIN D. J. (2007). A systematic review of the quality of information on the treatment of anxiety disorders on the internet. *Current psychiatry reports*, 9 (4), 303–309.
- ISMHO/PSI. (2000). *Suggested Principles for the Online Provision of Mental Health Services*. Retrieved February 12, 2004, from <http://www.ismho.org/suggestions.html>
- JANETZKO D. (1999). *Statistische Anwendungen im Internet. Daten in Netzumgebungen erheben, auswerten und präsentieren*. München: Addison-Wesley.
- JOINSON A. N. (1999). Social desirability, anonymity, and Internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31 (3), 433–438.
- KALET A., ROBERTS J. C. & FLETCHER R. (1994). How do physicians talk with their patients about risks? *Journal of General Internal Medicine: Official Journal of the Society for Research and Education in Primary Care Internal Medicine*, 9, 402–403.
- KALICHMAN S. C., CHERRY C., CAIN D., BENOTSCH E., WEINHARDT L. S., POPE H. & KALICHMAN M. (2006). Health Information on the Internet and People living with HIV/AIDS: Information Evaluation and Coping Styles. *Health Psychology*, 25 (2), 205–210.
- KHAZAAL Y., FERNANDEZ S., COCHAND S., REBOH I. & ZULLINO D. (2007). Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. *Depression & Anxiety*, 24, 1–5.
- KIVIAT A. D., GEARY M. C., SUNPATH H., MOOSA M. Y., WILSON D., NARASIMHAN P. & GANDHI R. T. (2007). HIV Online Provider Education (HOPE): the internet as a tool for training in HIV medicine. *Journal of Infectious Diseases*, 196 (3), 512–515.
- KNAPP H. & KIRK S. A. (2003). Using pencil and paper, internet and touch-tone phones for self-administered surveys: Does methodology matter? *Computers in Human Behavior*, 19 (1), 117–134.
- KRANE D. (2005). Number of “Cyberchondriacs” – U.S. Adults Who Go Online for Health Information – increases to Estimated 117 Million. *Health Care News* 5 (8). Retrieved January 18, 2008, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2005Vol5\\_Iss08.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2005Vol5_Iss08.pdf)

- KRANTZ J. H. & DALAL R. (2000). Validity of Web-based psychological research.  
In: Birnbaum M. H. (Hrsg.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 35–60).  
San Diego: Academic Press.
- KRATZER S. (2006). *Pathologische Internetnutzung*. Lengerich:  
Pabst Science Publishers.
- KROHS, U. (2004). Wer verantwortet Online-Rat durch medizinische Expertensysteme?  
In: Jähn K. & Nagel E. (Hrsg.), *e-Health* (S. 326–330). Berlin: Springer.
- KRUMHOLZ H. M., RATHORE S. S., CHEN J., WANG Y. & RADFORD M. J. (2002). Evaluation  
of a consumer-oriented Internet health care report card: The risk of quality  
ratings based on mortality data. *Journal of the American Medical Association*, 287 (10),  
1277–1287.
- LEWIECKI E. M., RUDOLPH L. A., KIEBZAK G. M., CHAVEZ J. R. & THORPE B. M. (2006).  
Assessment of osteoporosis-website quality. *Osteoporosis International*, 17 (5),  
741–752.
- MAHEU M. M. (2000). Telehealth: Delivering behavioral telehealth via the Internet.  
Retrieved May 05, 2004, from <http://telehealth.net/articles/deliver.html>
- MAHEU M. M. & GORDON B. L. (2000). Counseling and therapy on the internet.  
*Professional Psychology: Research and Practice*, 31 (5), 484–489.
- MARTIN-FACKLAM M., KOSTRZEWA M., SCHUBERT F., GASSE C. & HAEFELI W. E. (2002).  
Quality markers of drug information on the internet: an evaluation of sites about  
St. John's Wort. *The American Journal of Medicine*, 113 (9), 740–745.
- MATHUR S., SHANTI N., BRARIC M., SOOD, V., KUBECK J., PAULINO C. & MEROLA A. A. (2005).  
Surfing for scoliosis: the quality of information available on the internet. *Spine*, 30  
(32), 2695–2700.
- MAYER M. A., KARKALETSIS V., STAMATAKIS K., LEIS A., VILLARROEL D., THOMECEK C.,  
LABSKÝ M., LÓPEZ-OSTENERO F. & HONKELA T. (2007). MedIEQ-Quality labelling of  
medical web content using multilingual information extraction. *Studies in Health  
Technology and Informatics*. 121, 183–190.
- MCFARLANE M., BULL S. & REITMEIJER C. (2000). The Internet as a newly emerging risk  
environment for sexually transmitted diseases. *Journal of the American Medical  
Association*, 284, 443–446.
- MORITA T., NARIMATSU H., MATSUMURA T., KODAMA Y., HORI A., KISHI Y., KUSUMI E.,  
HAMAKI T., KOBAYASHI K., YUJI K., TANAKA, Y., NAKATA Y. & KAMI M. (2007). A study  
of cancer information for cancer patients on the internet. *International Journal of  
Clinical Oncology*, 12, 440–447.
- NICHOLSON T., WHITE J. B. & DUNCAN D. (1998). Drugnet: A Pilot Study of Adult  
Recreational Drug Use via the WWW. *Substance Abuse*, 19 (3), 109–121.
- OKAMURA K., BERNSTEIN J. & FIDLER A. T. (2002). Assessing the quality of infertility  
resources on the world wide web: tools to guide clients through the maze of fact  
and fiction. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47 (4), 264–268.
- ÖSTERREICHISCHE E-HEALTH INITIATIVE. Retrieved January 28, 2008, from [http://ehi.  
adv.at/](http://ehi.adv.at/)
- ÖSTERREICHISCHE GESELLSCHAFT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG UND QUALITÄTSMANAGEMENT  
in der Medizin GmbH Retrieved January 22, 2008 from [http://www.oeqmed.at/  
index.php?id=2](http://www.oeqmed.at/index.php?id=2)

- OTT R. & EICHENBERG C. (2002). Das Internet und die klinische Psychologie. Schnittstellen zwischen einem neuen Medium und einem psychologischen Anwendungsfach. *Psychotraumatologie*, 3 (4), Retrieved May 02, 2003, von <http://www.thieme.de/psychotrauma>
- OTT R. & EICHENBERG C. (2003). Das Internet und die Klinische Psychologie. In R. Ott & C. Eichenberg (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 13–18). Göttingen: Hogrefe.
- OTT R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 128–147). Göttingen: Hogrefe.
- PETERLIN B.L., GAMBINI-SUAREZ E., LIDICKER J. & LEVIN M. (2007). An Analysis of Cluster Headache Information Provided on Internet Websites. *Headache*, 13.
- PIETZSCH J. (2001). e-health. Gesundheit aus dem Cyberspace. *Future – Das Aventis Magazin*, 1, 42–48.
- REIPS U. D. & FRANEK L. (2004). Mitarbeiterbefragungen per Internet oder Papier? Der Einfluss von Anonymität, Freiwilligkeit und Alter auf das Antwortverhalten. *Wirtschaftspsychologie*, 1, 67–83.
- REIPS U. D. (2002). Context effects in Web surveys. In: Batinic B., Reips U. & Bosnjak M. (Eds.). *Online Social Sciences* (pp. 69–79). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- RENEAU J., NICHOLSON T., WHITE J. B., & DUNCAN D. (2000). The general well-being of recreational drug users: a survey on the WWW. *International Journal of Drug Policy*, 11 (5), 315–323.
- RICHTER T., NAUMANN J. & STEPHAN N. (2003). LOGPAT: A semi-automatic way to analyze hypertext navigation behavior. *Swiss-Journal-of-Psychology – Zeitschrift-für-Psychologie – Revue-Suisse-de-Psychologie*, 62 (2), 113–120.
- RIVA G. (2000). From Telehealth to E-Health: Internet and distributed Virtual Reality in Health Care. *CyberPsychology & Behavior*, 3 (6), 989–998.
- ROBILLARD G., BOUCHARD S., FOURNIER T. & RENAUD P. (2003). Anxiety and presence during VR immersion: A comparative study of the reactions of phobic and non-phobic participants in therapeutic virtual environments derived from computer games. *CyberPsychology & Behavior*, 6 (5), 477–485.
- RODGERS J., BUCHANAN T., SCHOLEY A.B., HEFFERNAN T.M., LING J. & PARROTT A. (2001). Differential effects of Ecstasy and cannabis on self-reports of memory ability: a web-based study. *Human Psychopharmacology*, 16 (8), 619–625.
- ROTHBAUM B. O., ANDERSON P., ZIMAND E., HODGES L., LANG D. & WILSON J. (2006). Virtual Reality Exposure Therapy in the Treatment of Fear of Flying. *Behavior Therapy*, 37, 80–90.
- SCIAMANNA C.N., CLARK M.A., DIAZ J.A. & NEWTON S. (2003). Filling the gaps in physician communication. The role of the Internet among primary care patients. *International Journal of Medical Informatics*, 72, 1–8.
- SEIKOWSKI K. (2005). *Sexualität und Neue Medien*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- SILLENCE E. & BRIGGS P. (2007). Examining the role of the Internet in health behaviour. In: Joinson A. N., McKenna K. Y. A., Postmes T. & Reips U.-D. (Eds.), *The Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp. 347–359). Oxford: Oxford University Press.
- SORBI M. J., MAK S. B., HOUTVEEN J. H., KLEIBOER A. M. & VAN DOORNEN L. J. (2007). Mobile Web-based monitoring and coaching: feasibility in chronic migraine. *Journal of Medical Internet Research*, 31, 9 (5), e, 38.
- STETINA B. U., JAGSCH R., SCHRAMEL C., LEDERMAN MAMAN T. & KRYSPIN-EXNER I. (2008). Exploring Hidden Populations: Recreational Drug Users. *Cyberpsychology*, 2 (1), e4.
- STEVENSON F. A., KERR C., MURRAY E. & MAZARETH I. (2007). Information from the Internet and the doctor-patient relationship: the patient perspective – a qualitative study. *BMC Family Practice*, 16 (8), 1–8.
- SULER J. (2000a). *Psychology of Cyberspace*. Retrieved May 28, 2004, from Rider University Website <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html>
- TANIS M. (2007). Online social support groups. In: Joinson A., McKenna K., Postmes T. & Reips U.-D. (Hrsg.). *The Oxford Handbook of Internet Psychology* (pp.139–153). New York: Oxford University Press.
- TAYLOR H. & LEITMAN R. (2002b). Four-nation survey shows Widespread but different levels of Internet use for health purposes. *Health Care News*, 2 (11). Retrieved May 25, 2004, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2002Vol2\\_Iss11.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss11.pdf)
- TAYLOR H. & LEITMAN R. (2002c). 4-Country survey finds most Cyberchondriacs believe Online Health Care Information is Trustworthy, Easy to Find and Understand. *Health Care News*, 2 (12). Retrieved May 25, 2004, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2002Vol2\\_Iss12.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss12.pdf)
- TAYLOR H. & LEITMAN R. (2004). No significant change in the Numbers of “Cyberchondriacs” – those who go online for health care information. *Health Care News*, 4 (7). Retrieved May 25, 2004, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2004Vol4\\_Iss07.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2004Vol4_Iss07.pdf)
- THOMPSON L. F., SURFACE E. A., MARTIN D. L., SANDERS M. G. (2003). From paper to pixels: Moving personnel surveys to the Web. *Personnel Psychology*, 56 (1), 197–227.
- TILLER G., REA S., SILLA R. & WOOD F. (2006). Burns first aid information on the internet. *Burns*, 32, 897–901.
- TURKLE S. (1997). Constructions and reconstructions of self in virtual reality: Playing in the MUDs. In: Kiesler S. (Ed.), *Culture of the Internet* (143–155). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- WANG, Y & LIU Z. (2007). Automatic detecting indicators for quality of health information on the Web. *International Journal of Medical Informatics*, 76 (8), 575–582.
- WANTLAND D. J., PORTILLO C. J., HOLZEMER W. L., SLAUGHTER R. & MCGHEE M. E. (2004). The Effectiveness of Web-Based v. Non-Web-Based Interventions: A Meta-Analysis of Behavioral Change Outcomes. *Journal of Medical Internet Research*, 6, e 40.
- WARMERDAM L., STRATEN A. VAN & CUIJPERS P. (2007). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: the protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 7, 72 (7), 1–7.

- WIEDERHOLD B. K. & WIEDERHOLD M. D. (2004). The future of cybertherapy: Improved options with advanced technologies. *Studies in Health Technology and Informatics*, 99, 263–270.
- WIEDERHOLD B. K. & WIEDERHOLD M. D. (2006). Virtual Reality Therapy for Anxiety Disorders: Advances in Evaluation and Treatment. Abgefragt 30.05.2008, von [http://www.gluecksforschung.de/Virtuelle\\_Angsttherapie.htm](http://www.gluecksforschung.de/Virtuelle_Angsttherapie.htm).
- WILSON P. & RISK A. (2002): How to find the good and avoid the bad or ugly: A short guide to tools for rating quality of health information on the internet. *British Medical Journal*, 324, 598–602.
- WILSON S. M. (1999). Impact of the internet on primary care staff in Glasgow. *Journal of Medical Internet Research*, 1 (2), e7.
- YOUNG K. S. (1998), *Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction – and a Winning Strategy for Recovery*. New York: John Wiley & Sons.



**Information**

# Silver Surfer – Internet für 50 plus

Claudia Oppenauer\*

## 1. Einleitung

Die Themen „Alter“ und „Altern“ sind derzeit aus populärwissenschaftlichen Medien und Fachliteratur nicht mehr wegzudenken und die zu einem „Pilz“ gewordene Grafik der Bevölkerungspyramide ist ein immer wiederkehrendes Bild, das den Wandel in den Industrieländern gut veranschaulicht. Lag von 1900 bis 1919 die durchschnittliche Lebenserwartung der Frauen in Österreich bei 48 Jahren und die der Männer bei 45 Jahren, so ist im Jahr 2005 die Lebenserwartung der Frauen auf 82 Jahre und die der Männer auf 77 Jahre angestiegen. Schätzungen von 2006 zufolge wird die Bevölkerung Österreichs unter 60 Jahre weiterhin abnehmen, während der Anteil an Menschen über 60 Jahre von derzeit 1,8 Millionen auf ca. 3 Millionen ansteigen wird (Statistik Austria, 2006). Tews (1996) spricht in diesem Zusammenhang von einer „Feminisierung des Alters“, da sich die Gruppe der über 75-jährigen mehrheitlich aus Frauen zusammensetzt.

Neben der aktuellen Diskussion rund um das Älterwerden unserer Gesellschaft vergeht ebenso kein Tag ohne aktuelle Meldungen zum Bereich der Neuen Medien wie dem Internet. Die Wirtschaft hat diesen Trend und das finanzielle Potential der Älteren bereits erkannt, was sich auch in einem Boom an Projekten abzeichnet, die an der Schnittstelle von Alter und Technik Förderungen bereitstellen. (z.B. 7. EU-Rahmenprogramm). Bei aller Euphorie, vor allem von Seiten der Wirtschaft, darf nicht übersehen werden, dass Ältere zwar keine generelle Ablehnung gegenüber Technik haben, jedoch in Folge des Alterungsprozesses durch motorische, sensorische und/oder kognitive Funktionseinbußen in der Nutzung von technischen Innovationen häufig benachteiligt sind und dadurch Berührungsängste gegenüber modernen Medien und Produkten entwickeln können. Generell betrachtet lässt sich keine feindliche Bewertung des technischen Fortschritts bei Älteren beobachten, allerdings unterscheiden sie sich im Grad ihrer positiven Einstellung zu diversen technischen Entwicklungen. Studien zeigen: Je länger eine

---

\* Korrespondenzadresse: Claudia Oppenauer, Liebiggasse 5, 1010 Wien, Österreich,  
E-Mail: claudia.oppenauer@univie.ac.at



technische Innovation am Markt vorhanden ist, desto mehr gleichen sich Kaufverhalten, Kompetenzunterschiede und Einschätzungen zwischen den Generationen letztendlich an (Mollenkopf et al., 2000). Ausschlaggebend für die Urteilsbildung sind die praktischen Erfahrungen im Alltag mit einem neuen Produkt. Mit zunehmendem Tempo der Technisierung werden die Unterschiede zwischen den Generationen allerdings größer, da die kurzen Entwicklungszyklen der Technik sowohl für die jüngeren Generationen, aber noch viel mehr für ältere Menschen eine Herausforderung darstellen (Sackmann & Weymann, 1994).

Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT), wozu auch das Internet zählt, stellen nur eine von vielen Anwendungsmöglichkeiten im Bereich der Gerontotechnik<sup>\*,\*\*</sup> dar, die es gilt für Ältere anzupassen und somit benutzbar zu machen. Bei speziell für Ältere entwickelten Produkten ist neben der einfachen Bedienung und Nützlichkeit auch darauf zu achten, dass diese Produkte nicht stigmatisierend wirken. Dieser Anspruch findet sich im *Design for All* Prinzip, das zum Ziel hat Produkte und Services zu entwickeln, die von Menschen mit unterschiedlichsten Fähigkeiten in der breitest möglichen Palette von Situationen verwendet werden können. Damit sollen nachträgliche und teure Reparaturen oder Umgestaltungen vermieden werden (Miesenberger, 2000–2006). Letztendlich verringern auch hohe Anschaffungskosten und komplizierte Handhabung von technischen Systemen die Wahrscheinlichkeit der Nutzung durch Ältere (Siekmeier, 2006).

Das Internet hat sich zu einer wichtigen Informationsquelle und einem sehr beliebten und nicht mehr wegzudenkenden Kommunikationsmittel in den verschiedensten Bereichen des Lebens entwickelt. Neben den großen Bereichen Arbeit und Freizeit fungiert das WWW auch als riesiges Einkaufszentrum, wo Preise verglichen, Informationen eingeholt und Waren aller Art erworben, beurteilt und diskutiert werden können (Vaccaro et al., 2007).

Mollenkopf und Hampel (1994) führen folgende Vorteile der neuen Medien an, die das Leben der Älteren erleichtern können:

- Kommunikation innerhalb und außerhalb des Haushalts
- Erreichbarkeit privater und institutioneller Unterstützung und Serviceleistungen
- Information, Beratung, Bildung und Unterhaltung
- Teilnahme an verschiedenen Angeboten in unterschiedlichen Bereichen des Lebens
- Versorgung von Gütern des täglichen Bedarfs, Behördenwege
- allgemeine räumliche Mobilität

Eine Reihe von Studien konnte positive Effekte von IKT auf Unabhängigkeit, Wohlbefinden, Selbstwert, soziale Netzwerke und sozialen Status sowie Empowerment der Älteren finden (Xie, 2003). Empirische Studien zeigen auch, dass Computernutzung und Training bei älteren Menschen in Langzeitpflege-Institutionen

---

\* Gründung der Deutschen Gesellschaft für Gerontotechnik 1997;

\*\* Gründung der International Society for Gerontechnology 1997 in den Niederlanden

mental stimulierend wirken, das Autonomiegefühl verstärken (Mc Conatha et al, 1994) und sogar Einsamkeit reduzieren und das Wohlbefinden steigern können (White et al, 1999).

Den IKT wird in vielerlei Hinsicht ein großer Einfluss auf verschiedenste Aspekte des menschlichen Lebens zugesprochen, wobei es hier an Langzeitstudien mit Kontrollgruppen vor allem aus Gründen der Machbarkeit mangelt.

## 2. Internetgewohnheiten im Alter

Die Altersgruppe der Personen ab 50 Jahren, die das Internet verwendet, wird gerne als Silver-Surfer bezeichnet. Ende der 90er Jahre wurde diese Personengruppe erstmalig auch als Konsumentenzielgruppe erkannt und entsprechende Marketingmaßnahmen wie spezielle Websites für Ältere gesetzt (Selwyn et al., 2005).

Bevor wir den Blick auf das Userverhalten der Älteren im Netz richten, muss die Frage nach dem allgemeinen Computergebrauch bei Älteren gestellt werden. Bei genauerer Überlegung würde man selbst ohne Hintergrundwissen vermuten, dass Computersysteme und einzelne Softwarekomponenten nicht für ältere Menschen geeignet sind und die Benutzerfreundlichkeit ebenso für jüngere Menschen nicht in allen Bereichen gewährleistet ist. Im Rahmen des UTOPIA Projektes in Schottland wurden Interviews mit 237 Personen zwischen 50 und 85 Jahren über die Verwendung von Technik im Alter durchgeführt und Motive für die Nutzung eines Computers erfragt. Nur 33 % der Befragten hatten ihren Computer selbst ausgesucht, die Mehrheit gab an, den Computer von Freunden oder Familienmitgliedern erhalten zu haben. Als beliebtester Verwendungsbereich des Computers kristallisierte sich das Internet um Informationen zu erhalten heraus, gefolgt von E-Mail Kommunikation oder Einkaufen über Internetanbieter. Text-Dokumente zu erstellen war nach den Internetaktivitäten die beliebteste Beschäftigung am Computer. Das Alter hatte einen signifikanten Einfluss auf den Gebrauch des Internets und der E-Mail Kommunikation, wobei es keinen Einfluss auf die Verwendung eines Textprogramms hatte. 47 % der Teilnehmer verwendeten den Computer für Spiele, wobei hier vor allem einfache Spiele wie das Kartenspiel Solitaire gespielt wurden. Bei der Verwendung des Computers berichteten die Teilnehmer Probleme bei der Handhabung der Tastaturbefehle, bemängelten das Fehlen von altersspezifischer Hilfestellung und gaben eine Überforderung durch die Fülle, Komplexität und Undurchschaubarkeit der Informationen an (Goodman et al, 2003).

Eine Umfrage auf [www.SeniorNet.org](http://www.SeniorNet.org) im Jahr 2004 erreichte 1461 SeniorNet Mitglieder, die 25 Fragen zum Internet- und Computergebrauch beantworteten. 71 % der Befragten gaben an, dass sie den Computer am häufigsten für E-Mails an Freunde und Familienmitglieder verwenden. 39 % berichteten, dass sie vor allem Fotos über E-Mail versenden würden. 37 % nutzten das Internet um Gesundheitsinformationen im Internet zu recherchieren (SeniorNet, 2004).

## C. OPPENAUER

In Österreich sind 71 % der Haushalte mit einem Computer ausgestattet (Statistik Austria, 2007), wovon 60 % der Haushalte über einen Internetzugang verfügen. 48 % der 55- bis 64-jährigen und 23,4 % der 65- bis 74-jährigen haben das Internet innerhalb der letzten zwölf Monate verwendet. Aus der Altersgruppe über 55 Jahren sind 46,5 % Männer und 28,5 % Frauen. Bei der Aufgliederung der Nutzungsweise des Internets für private Zwecke ergibt sich das Bild laut Tabelle 1.

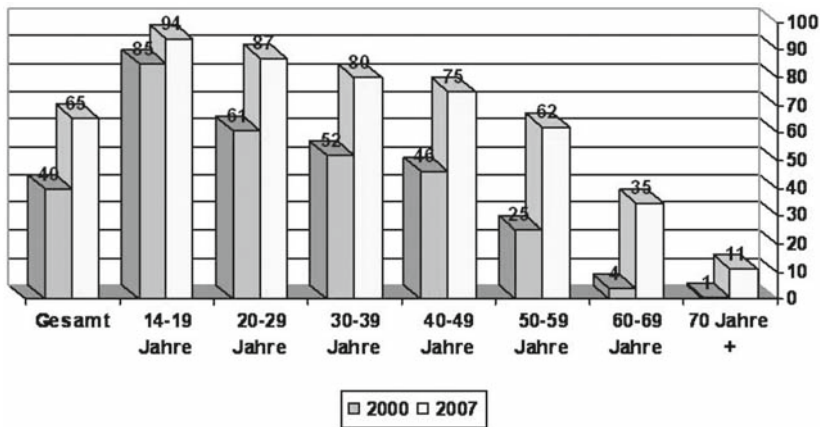
► Tabelle 1. Internetnutzung für private Zwecke 2007 (Statistik Austria, 2007).

Merkmale	Internetnutzung in Prozent für private Zwecke 2007			
	Kommunikation	Verkauf von Waren und Dienstleistungen	Unterricht, Ausbildung, Weiterbildung	Informationssuche und Online-Dienstleistungen
<b>55 bis 64 Jahre</b>				
Gesamt	79,8	42,6	19,4	88,9
<b>65 bis 74 Jahre</b>				
Gesamt	73,9	37,2	13,7	86,4
<b>55 bis 74 Jahre</b>				
Frauen	80,3	35,6	19,5	89,4
Männer	76,8	44,7	16,7	87,4

Bei beiden Altersgruppen und bei Frauen und Männern in gleicher Weise stehen die Informationssuche und Online-Dienstleistungen gefolgt von der Kommunikation an erster Stelle der Nutzungsfrequenz. Die Gruppe der 65- bis 74-jährigen ist in der Verteilung auf die verschiedensten Nutzungsbereiche der Gruppe der 55- bis 64-jährigen ähnlich, hat jedoch eine in allen Bereichen etwas niedrigere Nutzungsrate. Frauen (80,3 %) verwenden das Internet stärker in den Bereichen Kommunikation als Männer (76,8 %) und im Bereich Verkauf von Waren und Dienstleistungen mit 35,6 % weniger stark als die Männer (44,7 %).

Laut Umfragen des Forschungsinstitutes GfK in Österreich (2007) greifen bereits 65 % aller Österreicher auf das Internet zu. In der Bevölkerungsgruppe der 14- bis 59-jährigen verwenden 80 % das Internet und bei Personen unter 20 Jahren sogar 95 %. Österreich wird europaweit in seiner Internetnutzung damit nur noch von Island (88 %), Finnland (79 %), Norwegen (76 %), Dänemark (76 %), Schweden (73 %), der Schweiz (72 %) und den Niederlanden (71 %) übertroffen. Bemerkenswert ist vor allem die Steigerung der Internetnutzer über den Zeitraum von

1996 bis 2007: waren es 1996 noch 9%, die das Internet zumindest gelegentlich verwendeten, stieg diese Zahl bis ins Jahr 2000 auf 40% und schließlich im Jahr 2007 auf 65% an. Aus Abbildung 1 geht hervor, dass der prozentuelle Anstieg an Internetusern im Vergleich von den Jahren 2000 und 2007 bei den 50- bis 59-jährigen am größten ist.



► **Abbildung 1.**

*Internet-Nutzung nach Alter 2000 und 2007 (GfK Online Monitor, 2007)*

Eine Studie über geschlechtsspezifische Verwendung des Internets bei SeniorInnen zeigt, dass fast alle das Internet verwenden, um Informationen einzuholen und Kontakte über E-Mail pflegen. Seniorinnen sitzen allerdings häufiger und durchschnittlich länger an ihrem Computer. Zwar werden bei beiden Geschlechtern Schreibarbeiten und Internet als Hauptverwendungszweck am Computer genannt, allerdings wird der PC von Frauen häufiger zum Zeitvertreib verwendet. Weiters geben Seniorinnen an, den PC häufiger zur Kontaktpflege und für soziale Interaktion zu gebrauchen. 18% der Seniorinnen gegenüber 15% der Senioren surfen um zu chatten. Bezüglich der Relevanz des Computers zeigte sich, dass 45% der Seniorinnen und 40% der männlichen Senioren den PC als sehr wichtig erachten. Bringt man den PC mit Mobilitätsverlust in Verbindung, geben 60% der Seniorinnen und 47% der Senioren an, dass die Wichtigkeit des PCs für sie in Zukunft zunehmen wird (Marinescu, 2004).

In einer Studie von Mann und Mitarbeitern (2005) gaben 74% der älteren Menschen mit Behinderungen an, am Computer Informationen zu recherchieren. 70% der über 60-jährigen pflegen ihre sozialen Kontakte über das Internet. Personen, die den Computer selten gebrauchten, nannten als Gründe dafür mangelndes Wissen und Training und komplizierte Handhabung des Computers.

## 2.1. Gesundheitsbezogene Informationen im Internet

Eine randomisierte repräsentative Studie in Amerika, initiiert von der Kaiser Family Foundation (2005) untersuchte das Internet im Zusammenhang mit Gesundheitsinformationen. 1450 Personen über 50 Jahre und 583 über 65 Jahre wurden inkludiert. In Amerika haben 76% der 50- bis 64-jährigen das Internet für die Suche nach Gesundheitsinformationen bereits verwendet, und 31% der 65-jährigen und Älteren. Davon gehen 51% der ersten Altersgruppe sogar täglich ins Internet und 46% der über 65-jährigen. Von den Senioren, die noch nie online waren (69%) haben nur 9% vor, das Internet einmal auszuprobieren. Als Motive für die Nicht-Verwendung des Internets werden genannt: „Nie gelernt“ (44%) und „zu kompliziert“ (33%). Einkommen, Bildung, Alter und Geschlecht bilden hier die Faktoren, die Internetnutzung beeinflussen. Generell gibt es unter den älteren Usern die Tendenz, dass mehr Männer (38%) als Frauen (25%) das Internet verwenden. Was die Suche nach gesundheitsrelevanten Informationen betrifft, geben 69% der Senioren, die online sind, an, das Internet dazu verwendet zu haben. Allerdings vertraut nur die Hälfte derer, die das Internet für diese Informationen nutzen, auf den Wahrheitsgehalt der gefundenen Informationen. Diese Skepsis gegenüber gesundheitsrelevanten Informationen beschränkt sich nicht nur auf den Bereich des Internets, sondern auch auf andere relevante Medien wie TV, Radio oder Bücher, Zeitschriften und andere Printmedien, wo zum Beispiel nur 7% den Informationen aus einer Zeitung vertrauen. Im Gegensatz dazu vertrauen 58% der 50- bis 64-jährigen dem Internet sogar mehr als anderen Medien. Eine sehr geringe Anzahl von Älteren (1–3%) gibt an, dass Ärzte ihnen empfehlen würden das Internet für Gesundheitsinformationen zu nutzen. Auf der anderen Seite werden Ältere vor allem durch Pharmakonzerne per E-Mail anzuwerben versucht (15–41%).

Mittlerweile ist bekannt, dass 80% in der Bevölkerung gesundheitsbezogene Informationen aus dem Internet beziehen, wobei geschätzt wird, dass 80% dieser Informationen falsch seien (Eysenbach, 2002)! Ältere Menschen sind deshalb besonders betroffen, da sie durch mangelndes Erfahrungswissen den Wahrheitsgehalt derartiger Informationen schwerer als Jüngere abschätzen können. Qualitätskriterien und Gütesiegel sind ein Versuch diese Situation zu verbessern, wobei eine Lösung des Problems noch weit entfernt scheint (Funke et al., 2003).

Auch im Bereich der Gesundheitsförderung für Angehörige von verschiedensten Patientengruppen (z.B. Alzheimer) werden im Internet Informationen, praktische Ratschläge sowie auch therapeutische Begleitung wie Online-Beratung oder auch Online-Verzeichnisse von Organisationen der Angehörigenarbeit angeboten. In schwierigen Lebenssituationen kann das Internet Anregung sein, professionelle Hilfe aufzusuchen oder auch den Weg zu Selbsthilfegruppen zu finden. Derartige Selbsthilfegruppen wie bei der Alzheimer-Erkrankung gibt es mittlerweile bei verschiedenen Erkrankungen online. In Form von Chat-Rooms oder Mailinglisten kann diese Art der Kommunikationen eine schnell verfügbare emotionale Unterstützung und Entlastung für die Angehörigen und andere Pflegenden darstellen (Kryspin-Exner & Stetina, 2003).

## 2.2. Nutzungsverhalten

Älteren Menschen sind die verschiedenen Möglichkeiten des Internets meist wenig bekannt, da hierzu speziell für Ältere aufbereitete Informationen meist fehlen und schließlich die Angst und Scheu vor einem Computer und dem Internet aufrechterhalten bleiben. Aus psychologischer Sicht sind vor allem Bedürfnisorientierung und Informationsvermittlung im Sinne von Psychoedukation Voraussetzung für die Akzeptanz neuer Medien. Dies ist einerseits sinnvoll, um die Motivation zur Nutzung zu erhöhen und andererseits um bestehende Ängste abzubauen.

In einer Studie zum allgemeinen Nutzverhalten und zum mentalen Modell über das Internet stellte sich heraus, dass selbst ältere User, die Internetkurse besucht hatten, mangelndes Wissen über Fachbegriffe hatten. Generell verwenden die meisten User vor allem Suchmaschinen wie Google™, um Informationen zu bestimmten Gebieten oder Begriffen zu erhalten, zudem erleben sie das Internet als riesiges Lexikon. Alle Befragten waren sich darüber einig, dass sie farbenfrohe Websites gegenüber graufärbigen bevorzugen würden. Allgemein war das Einkommen der stärkste Prädiktor für die Internetnutzung. Was die Kommunikation über das Medium Internet betrifft, so findet das Chatten am wenigsten Anklang bei den Älteren. E-Mail Kontakt ist aber sehr beliebt. Anwendungen, die Zeit und Mühen sparen, wie Reservierungen oder Routenplanungen, werden bevorzugt über das Internet erledigt (Stadler, 2005).

Wie bereits erörtert, verwenden ältere Menschen das Internet vor allem zur Informationssuche. Gerade dieser Prozess stellt enorme Anforderungen an kognitive Funktionen wie Gedächtnis, Schlussfolgern und Problemlösen sowie spezielles Wissen über die verwendete Suchmaschine (Czaja et al., 2003). Westerman und Mitarbeiter (1995) fanden, dass Ältere generell mehr Zeit benötigten, um die gesuchten Informationen zu finden und Lernprozesse in Bezug auf die Informationssuche länger dauerten als bei den Jüngeren. In Bezug auf den Abschluss von zielgerichteter Informationssuche unterscheiden sich die Älteren allerdings nicht von den Jüngeren. Generell konnten Studien zeigen, dass ältere Menschen zwar Informationen im Internet suchen und finden können, dabei aber mehr Schwierigkeiten begegnen als Jüngere und weniger effiziente Strategien anwenden. Weiters berichten Ältere über Probleme beim Erinnern von bereits gefundenen Informationen und damit verbundenen Links (Czaja et al., 2003).

Eine Studie, die sich mit Kommunikation im Internet bei Älteren beschäftigt, stammt aus den Niederlanden von Melenhorst und Bouwhuis (2000). Dazu wurden 30 Teilnehmer im Alter von 60 bis 75 Jahren befragt. Alle Teilnehmer lebten noch selbstständig zu Hause und hatten Zugang zu einem kostenlosen Internetkurs sowie Computer in einem Seniorenheim aus der Nachbarschaft. Die Teilnehmer wurden je nach Internet-Erfahrungswissen, persönlichem Internetzugang, Internetverhalten während einer Woche und persönlicher Einstellung zum Internet in drei Gruppen eingeteilt: eine Gruppe mit mehr Interneterfahrung, eine Gruppe mit weniger Interneterfahrung und eine dritte Gruppe von Internet-Verweigerern, die auch in nächster Zukunft nicht vorhatten das Internet

zu verwenden. Die drei Gruppen unterschieden sich vor allem hinsichtlich ihres Geschlechts: 80% der Gruppe mit mehr Erfahrung waren Männer, während es in der Gruppe der Verweigerer hauptsächlich Frauen waren (80%). Alle drei Gruppen wurden hinsichtlich ihrer Einschätzung in punkto Nützlichkeit des Internets in den Bereichen E-Mail und Informationssuche im WWW im Vergleich zu traditionellen Methoden wie Telefonanrufen oder Schreiben von Briefen befragt. Es stellte sich heraus, dass nicht einmal die sehr erfahrenen User Kommunikation über das Internet traditionellen Kommunikationsmitteln vorziehen würden. Interneterfahrung und gewähltes Kommunikationsziel beeinflussen die Wahl des Kommunikationsmediums ebenso wie die Etablierung des Mediums Internet im sozialen Netzwerk. Die Teilnehmer berichteten, dass sie über E-Mail selten kommunizieren würden, da im Bekannten- und Freundeskreis nur wenige ihre E-Mails abrufen würden bzw. über gar kein Internet verfügten.

Eine weitere Studie zum Benutzerverhalten untersuchte drei Altersgruppen bezüglich ihres Benutzerverhaltens im Internet: Personen im Alter von 75–92 Jahren, Personen mittleren Alters (40–59 Jahre) und jüngere Alte (60–74 Jahre). Insgesamt wurden 550 Teilnehmer befragt. In ihrem Benutzerverhalten unterschieden sich die Personen mittleren Alters nicht von den älteren Teilnehmern, jedoch war das Interesse das Internet überhaupt zu verwenden bei den jüngeren Personen und Personen mittleren Alters höher. Als Prädiktoren für die Nicht-Verwendung des Internets wurden mangelnder Zugang zum Internet und mangelndes Wissen über das Internet gefunden (Morrell et al., 2000).

### 2.3. Gründe für Non-Use

#### 2.1.1. *Accessibility und Usability*

Gerade weil das Internet den Menschen eine Vielfalt an Möglichkeiten und auch Vorteilen bietet, wird die Accessibility und Usability des Internets in der Fachwelt immer wieder diskutiert.

Unter Accessibility wird folgendes verstanden (Wikipedia, 2007):

„Accessibility is a general term used to describe the degree to which a system is usable by as many people as possible. In other words, it is the degree of ease with which it is possible to reach a certain location from other locations. Accessibility can also be viewed as the „ability to access“ the functionality, and possible benefit, of some system or entity...One meaning of accessibility specifically focuses on people with disabilities and their right of access to entities, often through use of assistive devices such as screen-reading web browsers or wheelchairs.“ Die International Organization for Standardization (1998) hat Usability folgendermaßen definiert: „The extent to which a product can be used by specified users to achieve goals with effectiveness, efficiency and satisfaction in a specified context of use“.

Die Diskussion um die Accessibility und Usability des Internets wird vor allem deshalb geführt, weil Personen aufgrund von Beeinträchtigungen oder Behinderungen Nachteile entstehen, wenn sie das Internet nicht verwenden können, und

dies insgesamt zur Diskriminierung dieser Personen führt. Aber auch ältere Menschen, Personen, die in ländlichen Regionen leben, niedriges Bildungsniveau und Einkommen haben oder ethnischen Minderheiten angehören zählen zur Gruppe derer, die kaum oder keinen Zugang zum Internet haben (Weist, 2004).

### 2.2.2. *Digital Divide*

Die Rede ist bereits vom Digital Gap oder Digital Divide, der Kluft zwischen inforeich und infoarm. Eine Studie, die 14 Länder weltweit inkludiert hat, zeigt, dass acht Prozent mehr Männer Internetuser sind als Frauen. Nur 20 % der Ärmsten in der Bevölkerung haben Internetzugang. Statistiken zeigen, dass 80 % der AbsolventInnen einer Hochschule einen Computer benutzen, dagegen aber nur 29 % der Personen mit Pflichtschulabschluss (ARC Seibersdorf Research, 2004). Bereits 2003 hat UNO-Generalsekretär Kofi Annan auf dem ersten Weltinformationsgipfel den „Aufbau einer offenen Informationsgesellschaft“ gefordert. Der digitale Graben zwischen Entwicklungs- und Industrieländern – aber auch zwischen Jung und Alt – sollte dadurch überwunden werden (Wien-Vienna.At, 2005). Ältere Menschen sind zum Teil von mehreren Risikofaktoren betroffen, keinen Zugang zum Internet zu finden und somit in Gefahr von einem beachtlichen Teil unserer Informationswelt ausgeschlossen zu sein. Gefährdet sind vor allem jene Personen, die keinerlei oder kaum Erfahrungen mit PC oder Internet während ihrer Berufsausübung gemacht haben und die vor der Anschaffung eines Computers und damit verbundenen Anforderungen an die eigene Person zurückschrecken. Vertraute Medien wie Zeitung oder Werbung im Fernsehen können hier eine entscheidende Rolle spielen und ältere Menschen in Richtung Internetverwendung beeinflussen. Trotzdem muss es vor allem die Gestaltung der Internetseiten und deren Barrierefreiheit und Usability sein, die die Älteren vom Medium Internet überzeugt und Freude vermittelt, im Internet nach Informationen zu suchen oder zu kommunizieren. Erst wenn dies erfüllt ist, werden immer mehr Ältere den Schritt in die Welt des WWW wagen (Erkert et al., 1998). In der Deklaration von Riga (EU-Commission, 2006) ist verankert, dass durch Informations- und Kommunikationstechnologien Nachteile in Folge von niedrigem ökonomischen Status oder Behinderungen sowie soziale, bildungsspezifische und territoriale Nachteile gemildert werden sollen. Die Deklaration wurde von 34 Ministern in ganz Europa unterzeichnet und hat die so genannte E-Inclusion zum Ziel: die digitale Kluft zu überwinden, bis 2010 auch Risikogruppen den Zugang zum Internet zu ermöglichen und Breitband-Internet in ganz Europa zumindest auf 90 % auszuweiten, um so alle öffentlichen Websites bis zum Jahr 2010 zugänglich zu machen (Wordpress, 2007).

Eine groß angelegte europäische Studie (Peacock & Künemund, 2007) untersuchte Gründe für Non-Use und Frequenz, Intensität und soziodemographische Korrelate der Verwendung des Internets bei Älteren in Europa. Die Daten entstammen einer repräsentativen Studie über die europäische Bevölkerung, dem



Eurobarometer 2003, in dem 16.161 Personen befragt wurden. Die Stichprobe der Älteren setzt sich aus 5.091 Personen über 55 Jahren aus 15 europäischen Ländern zusammen. Dabei wurde in vier verschiedene europäische Regionen untergliedert: Nordisch (Dänemark, Finnland und Schweden), Kontinental (Österreich, Belgien, Deutschland, Frankreich, Luxemburg und Niederlande), Liberal (England und Irland) und Mediterran (Portugal Spanien, Italien und Griechenland). In allen Regionen wurden „Kein Computer zu Hause“ bzw. „Kein Interesse“ gefolgt von „Fehlende Skills“ als häufigste Ursache für die Nichtverwendung des Internets genannt. Allerdings findet man auch hier Alters- und regionale Unterschiede. Interessanterweise haben Personen aus mediterranen Regionen am geringsten die Optionen „PC zu kostspielig“ oder „Internet zu kostspielig“ angegeben, obwohl im europäischen Vergleich speziell in diesen Regionen die finanzielle Situation der Älteren schlechter ist. Dies könnte vor allem damit in Zusammenhang stehen, dass Ältere in diesen Ländern eher noch im familiären Verbund leben und wohnen (Kohli et al., 2005). Neben den zu erwartenden Altersunterschieden lässt sich zusammenfassen, dass 32–38 % der Non-User vor allem keine Gelegenheit haben, das Internet zu verwenden. 10–20 % der Non-User geben fehlende Skills als Ursache an, und eine kleine Gruppe betrachtet das Internet generell als nutzlos. Finanzielle Gründe werden nur von 3–9 % der Non-User berichtet. Bei den regionalen Unterschieden ist vor allem interessant, dass Ältere in mediterranen Ländern trotz des besseren Zugangs zum Computer am häufigsten „Kein Interesse“ oder „Weiß nicht, was das ist“ angeben. Insgesamt findet sich in den nordischen Ländern mit 36,9 % die größte Anzahl an Usern, gefolgt von den liberalen (33,1 %) und kontinentalen Ländern (15 %). Das Schlusslicht bilden die mediterranen Länder mit 8 %. Die Altersgruppen sind wie folgt verteilt: 26,1 % sind zwischen 55 und 64 Jahren, 12,3 % zwischen 65 und 74 Jahren und 7,5 % sind 75 und älter. Neben dem Alter und regionalen Effekten spielen vor allem Bildung und Geschlecht eine Rolle: je höher der Bildungsgrad, desto eher sind Ältere online und nutzen das Internet. Weiters sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass Ältere das Internet verwenden, sobald sie in Pension gehen. Was die Geschlechter angeht, so sind tendenziell – wie bereits eingangs erwähnt – mehr Männer unter den Usern als Frauen beobachtbar. Bei fortgeschrittenem Alter verringert sich dieser Unterschied immer mehr. Was den Digital Divide angeht, so zeigt sich die größte Kluft in den mediterranen Ländern und bei Personen mit geringerer Bildung (Tabelle 2).

Neben finanziellen Hindernissen sind es aber vor allem Beeinträchtigungen in psychomotorischen, kognitiven und wahrnehmungsrelevanten Bereichen, die die Verwendung des Internets einschränken. Ältere berichten in Studien immer wieder von Schwierigkeiten mit der Maus oder Tastatur umzugehen, die Inhalte auf den Internetseiten nicht lesen zu können, oder sich nicht zurechtzufinden. In der Literatur finden sich dazu vor allem zwei Arten von Interventionen: Design-Prinzipien für die Gestaltung von „Senioren-freundlichen“ Websites, Software oder Interfaces und Trainingsmanuale bzw. -materialien für Ältere, um den Umgang mit dem PC und dem Internet zu erlernen (Xie, 2003).

► Tabelle 2. Gründe für Non-Use bei Älteren in Europa (ZA, 2006).

Gründe für Non-Use	Regionen				Alter		
	Nordisch	Kontinental	Liberal	Mediterran	55–64	65–74	75+
Kein Computer zu Hause	49,7 %	39,2 %	48,0 %	23,9 %	38,0 %	35,1 %	31,6 %
Kein Interesse	21,3 %	35,8 %	24,1 %	39,6 %	30,5 %	37,6 %	37,8 %
Fehlende Skills	20,1 %	16,4 %	26,3 %	21,2 %	21,1 %	18,4 %	18,8 %
Wissen nicht, was Internet ist	8,9 %	8,3 %	6,8 %	21,7 %	8,4 %	13,6 %	18,3 %
Zu kompliziert	7,7 %	14,7 %	10,1 %	8,5 %	13,5 %	10,7 %	10,7 %
Inhalte nicht nützlich	6,5 %	9,0 %		3,6 %	7,3 %	7,1 %	5,7 %
Internet zu kostspielig	8,3 %	7,8 %	9,0 %	3,4 %	9,4 %	6,3 %	2,5 %
PC zu kostspielig	10,1 %	8,3 %	10,6 %	1,5 %	8,8 %	5,3 %	4,1 %
N	169	2152	556	1591	1595	1729	1144

Obwohl sich im Internet eine Vielfalt an speziellen Ausbildungsangeboten für die Gestaltung von barrierefreien Websites findet, waren 2002 nur 0,6 % aller Websites tatsächlich fehlerfrei und dadurch für die Gruppe der Älteren nicht optimal gestaltet (2004). Daraus ergibt sich, dass nur ein Bruchteil des WWW ein Angebot im Sinne von Informationsbeschaffung und Freizeitgestaltung für ältere Menschen bereitstellen kann. Auch Sprachbarrieren stellen ein Problem in der Internetnutzung dar. Im Internet und in der Computerfachsprache generell werden viele englische Begriffe benutzt, die für ältere Menschen sehr schwer zu verstehen sind, ein zusätzliches Handicap darstellen und Berührungängste auslösen.

Sieht man von den wirtschaftlichen, körperlichen oder sprachlichen Barrieren ab, bleiben noch immer Informationsdefizite bestehen. Hier gibt es auch auf EU-Ebene Bestrebungen, den Internetzugang für SeniorInnen zu erleichtern. Als Beispiel sei EURAG genannt, eine gemeinnützige Vereinigung im europäischen Raum, die sich vor allem für die Lebensqualität von Menschen 50 plus einsetzt und es sich zum Ziel gemacht hat, Barrieren im Internet zu überwinden und damit die Auseinandersetzung von Älteren mit dem PC zu erleichtern.

Abschließend eine Zusammenstellung einiger Initiativen und Projekte:

■ **Senioren-Internet-Café in Eilbek**

Das erste Internet Café speziell für Senioren wurde in Hamburg, im Stadtteil Eilbek, gegründet und sorgte damals in ganz Deutschland für mediales Interesse. In der Zwischenzeit hat eine Reihe von weiteren Senioren-Internet-Cafés eröffnet (JungeMedien Hamburg, 2007).

■ **Senior-Online**

Senior-Online war ein zwischen 1998 und 2000 von der EU gefördertes Projekt, das den Internetzugang für Menschen ab 55 vereinfachen sollte. Teilnehmende Länder waren Deutschland, England, Irland, Italien, Luxemburg, Österreich und Schweden. Dazu wurden keine neuen Technikprodukte entwickelt, sondern bestehende an die individuellen Bedürfnisse der Teilnehmer angepasst und auf eine enge Zusammenarbeit mit Pensionistenorganisationen, Behindertenverbänden u.ä. geachtet. Dazu wurden ein betreuter Onlineservice aufgebaut, interaktive Workshops veranstaltet und ältere Menschen zu ihren Bedürfnissen interviewt (ARC Seibersdorf Research, 2004).

■ **Senior Info Mobil**

Der Verein „Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft e.V.“ (VSiW) startete von 1998–2001 in Deutschland mit Unterstützung des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft, Forschung und Technologie sowie einigen namhaften Unternehmen das Projekt Senior-Info-Mobil „Internet und Wohntechnik“. Das Projekt wurde in 53 Städten in Deutschland durchgeführt. Im Rahmen des Projektes wurden Informationskampagnen mit praktischen Demonstrationen für ältere Menschen und Öffentlichkeitsarbeit durchgeführt (Verein „Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft e.V.“, 2000).

■ **Seniorkom**

Seniorkom ist eine Initiative des österreichischen Seniorenrates in Kooperation mit Microsoft Österreich und weiteren Partnern, um möglichst vielen älteren Menschen den Zugang zum PC und zum Internet zu erleichtern. Die Kampagne „Seniorkom.at vernetzt Jung & Alt“ startete im Herbst 2007. Dabei steht vor allem das intergenerative Lernen im Vordergrund: Schüler und Schülerinnen aus Schulen in Wien unterrichten Senioren. In Trainingseinheiten zu spezifischen Themen wie z.B. „Effektiver Umgang mit Suchmaschinen“ oder „Erste Schritte am PC, Einstieg ins Internet“ vermitteln Schüler einer Gruppe von älteren TeilnehmerInnen praktisches Wissen. Seit dem Jahr 2004 konnte auf diesem Weg über 40.000 SeniorInnen der Umgang mit dem PC und Internet gezeigt werden. Teilnehmer des Trainings erhalten finanzielle Vergünstigungen beim Kauf von Microsoft Office. Weiters werden an „Schnuppertagen“ Programme und Hilfsmittel wie die digitale Lupe, die Schrift und Bild am Bildschirm vergrößert, zum Ausprobieren angeboten. Im Jahr 2005 fanden diese Schnuppertage in allen Landeshauptstädten Österreichs statt (Microsoft Österreich, 2007).

Auf [www.seniorkom.at](http://www.seniorkom.at) findet man eine breite Palette an Informationen unter der Prämisse der Bedienbarkeit und Usability für ältere Menschen. Besonderes Augenmerk wurde auf eine leichte Bedienbarkeit und eine sehbehindertentaugliche Umsetzung gelegt.

#### ► Senioren-Experten für alle Schulen

In Deutschland wurde ein Projekt in Zusammenarbeit mit dem Senior-Experten-Service (SES) Bonn gestartet, in dem Schüler und Senioren über eine Internet-Datenbank Kontakte knüpfen und pflegen können (Priboschek, 2007). Die Internet-Datenbank soll als Netzwerk dienen, um ehrenamtliche Tätigkeiten von Senioren in Schulen anzuregen und zu fördern. Senioren können auf diesem Weg zum Beispiel ihren Erfahrungsschatz an SchulleiterInnen in punkto Beratung zu Qualitäts-, Projekt- und Budgetmanagement, Personalentwicklung oder Personalführung anbieten.

#### ► Senioren @ns Netz

Im Sinne von Intergenerativität, lebenslangem Lernen und Lehren miteinander beschäftigte sich das Projekt „Senioren @ns Netz“ mit der Einschulung von SeniorInnen durch Schüler eines Gymnasiums, die eine „Expertenrolle“ einnahmen, was von den Älteren sehr gut angenommen wurde. Das Selbstwertgefühl von 54,3 % der 146 Teilnehmer konnte durch diesen Lehrgang gestärkt werden. (ARC Seibersdorf Research, 2004).

### 3. Diskussion und Ausblick

Die Vielzahl von Projekten und Studien, die Fragestellungen zu Technik im Zusammenhang mit älteren Menschen untersuchen, spiegelt die gesellschaftliche, wirtschaftliche aber auch wissenschaftliche Bedeutung dieser Thematik wider. Auf der anderen Seite sind die dadurch gewonnen Ergebnisse nur von temporärer Bedeutung, da sich die Verwendung des Internets aber auch der Bezug zur Technik der heute noch jungen Generationen verändern werden. Dessen ungeachtet kann man Unterschiede zwischen Jüngeren und Älteren nicht nur auf Bildung und Arbeitssituationen zurückführen. Den digitalen Divide ausschließlich als Generationeneffekt zu bezeichnen wäre vorschnell – dies zeigen auch Zahlen verschiedenster Länder in Europa, wo sich Nutzungsfrequenz und -intensität von Land zu Land unterscheiden können. Hier gilt es sicherlich, zuerst formale Barrieren wie hohe Anschaffungskosten und unzureichende bzw. undurchschaubare Informationen zu überwinden, um sich dann inhaltlichen Problemstellungen widmen zu können. Können diese Hürden nicht überwunden werden, bleibt das Internet auch für die zukünftige Generation von Älteren ein Hindernis (Xie, 2003).

Ältere Menschen verwenden das Internet hauptsächlich zur Informationssuche und für die Kommunikation per E-Mail. Beide Bereiche enthalten sowohl Chan-

cen als auch Risiken. Speziell bei gesundheitsrelevantem Wissen birgt das Internet nach wie vor die Gefahr, unvollständige und zum Teil auch falsche Informationen zu verbreiten und so mehr zur Angst und Verwirrung beizutragen, als einen positiven Effekt auszuüben. Der Einsatz von Gütesiegeln konnte bis jetzt diese Problematik nicht lösen, hier bedarf es vermutlich einer verstärkten Bewusstmachung von Seiten des Gesundheitssystems (siehe Beitrag von Reinhard Drobetz). Was die Kommunikation über E-Mail betrifft, so kann diese Form der Mitteilung und Unterhaltung sicherlich nur ein Zusatz zu persönlichen Treffen oder Telefongesprächen darstellen. Bei aller Bereicherung, die so manche Funktion des Internets für ältere Menschen darstellen kann, muss bedacht werden, dass der Zeitvertrieb über das WWW keine direkten und persönlichen Kontakte ersetzen kann und Voraussetzung für die elektronische Form der Kommunikation ein gutes Fundament an sozialen Kontakten ist.

Nach wie vor ist ein Großteil an Internetseiten noch nicht auf ältere Menschen eingestellt und somit nicht für diese Menschen verfügbar. Betreiber von Internetseiten ziehen meist ein ansprechendes und zeitgemäßes Design einem barrierefreien Webauftritt vor. Ein Großteil der Internetseiten ist aber auch für jüngere Menschen schwer lesbar und die Hülle an Informationen und Verlinkungen mühsam einzuordnen. Speziell Seiten von öffentlichen Ämtern oder Institutionen stellen nicht nur für ältere Menschen oder Menschen mit Sehbehinderungen eine Hürde dar.

Im Internet selbst findet sich dazu mittlerweile eine Palette an Fortbildungskursen, die einen barrierefreien Webauftritt erleichtern sollen sowie viele Links, die mit der Barrierefreiheit ihrer Homepage werben.

Für die erfolgreiche Bewältigung dieser Probleme gilt es in multidisziplinären Teams eine enge Kooperation mit den Betroffenen anzustreben, um so das Internet für Ältere attraktiver und benutzerfreundlicher zu gestalten. Die Psychologie als Wissenschaft hat die Aufgabe, Fragen der Motivation und Einstellung in Hinblick auf Technik im allgemeinen und Kommunikation über das Medium Internet im speziellen genauer zu untersuchen und im günstigsten Fall neue Modelle und Theorien zu formulieren, anhand derer eine Entwicklung von technischen Systemen erfolgen kann, die auf eine hohe Akzeptanz und Verwendung von Seiten der älteren Menschen stoßen.

## 4. Literatur

- ARC SEIBERSDORF RESEARCH (2004). Informations- und Kommunikationstechnologien für Menschen im Alter. Abgerufen am 10.1.2006, unter [http://www.lifetool.at/rte/upload/6\\_Fachforum/IKT\\_studie\\_2004\\_Endbericht.pdf](http://www.lifetool.at/rte/upload/6_Fachforum/IKT_studie_2004_Endbericht.pdf).
- CZAJA S. J. & LEE C. C. (2003). The Impact of the Internet on older adults. In N. Charness & K. Warner Schaie (Eds.), *Impact of Technology on Successful Aging* (pp. 113–133). New York: Springer.
- ERKERT T. & SALOMON T. (1998). Seniorinnen und Senioren in der Wissensgesellschaft (S. 23–25). Bielefeld: Kleine Verlag.
- EU-COMMISSION. (2006). Declaration of Riga. Abgerufen am 18.10.2007 unter [http://ec.europa.eu/information\\_society/events/ict\\_riga\\_2006/doc/declaration\\_riga.pdf](http://ec.europa.eu/information_society/events/ict_riga_2006/doc/declaration_riga.pdf).
- EYSENBACH G. (2002). 80% Falsch-Informationen im Internet? Abgerufen am 24.11.2007, unter <http://www.medcertain.org/pdf/ORF-hotline.pdf>.
- FESSEL-GfK (2005). GfK Online Monitor 2005. Abgerufen am 20.11.2007, unter <http://www.gfk.at/de/default.aspx>.
- FUNKE J., STUMPF M., WEICHELSENGARTNER, E. & WILKENING F. (2003). Qualitätssicherung im Bereich neuer Medien durch Einführung von Qualitätskriterien. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet : Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 99–113). Göttingen: Hogrefe.
- GfK AUSTRIA GMBH MARKTFORSCHUNG (2007). GfK Online Monitor 2007/3: Internetmarkt in Österreich. Abgerufen am 10.12.2007 unter <http://www.gfk.at>.
- GOODMAN J., SYME A. & EISMA R. (2003). Older adults' use of computers: a survey. In *Proceedings of HCI 2003*, Bath UK, September.
- INTERNATIONAL ORGANIZATION OF STANDARDIZATION (1998). ISO-9241-11. Guidance on Usability. Abgerufen am 10.12.2007 unter <http://www.userfocus.co.uk/resources/iso9241/part11.html>.
- JUNGEMEDIEN HAMBURG (2007). Das Senioren-Internet-Café in Eilbek – Interview mit Torben Kulla. Abgerufen am 04.12.2007 unter <http://jungemedienhamburg.wordpress.com/2007/10/27/das-senioren-internet-cafe-in-eilbek-interview-mit-torben-kulla/>.
- KAISER FAMILY FOUNDATION (2005). E-Health and the elderly: how seniors use the internet for health information. Abgerufen am 20.12.2007 unter <http://www.kff.org/entmedia/upload/e-Health-and-the-Elderly-How-Seniors-Use-the-Internet-for-Health-Information-Key-Findings-From-a-National-Survey-of-Older-Americans-Survey-Report.pdf>.
- KOHLI M., KÜNEMUND H. & LÜDICKE J. (2005). Family structure, proximity and contact. In: Börsch-Supan A., Brugiviani A., Jürges H., Mackenbach J., Siegrist J. & Weber G. (Eds.), *Healthy ageing and retirement in Europe. First results from the survey of health aging and retirement in Europe* (pp. 164–170). Mannheim Research Institute for the Economics of Aging, Mannheim.

- KRYSPIN-EXNER I. & STETINA B. U. (2003). Gesundheitsförderung bei Angehörigen von Alzheimer-Patienten. In: Wancata J., Meise U. & Marksteiner J. (Hrsg.), *Grauzone: Die Versorgung älterer psychisch Kranker* (S.159–177). Innsbruck:VIP Verlag Integrative Psychiatrie.
- MANN W. C., BELCHIOR P., TOMITA M. R. & KEMP B. J. (2005). Computer use by middle-aged and older adults with disabilities. *Technology and Disability*, 17, 1–9.
- MARINESCU I. L. (2004). *Geschlechtsspezifische Nutzung von Neuen Medien bei Senioren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- MCCONATHA D., MCCONATHA J. & DERMINGNY R. (1994). The use of interactive computer services to enhance the quality of life for long-term care residents. *Gerontologist*, 34 (4), 553–559.
- MELENHORST A.S. & BOUWHUIS D.G. (2000). When do older adults consider the internet? An exploratory study of benefit perception. *Gerontechnology*, 3 (2), 89–100.
- MICROSOFT ÖSTERREICH (2007). *Seniorkom und Microsoft bieten Internet-Know-how für Senioren*. Abgerufen am 4.12.2007 unter <http://www.hotfrog.at/Firmen/Microsoft-oesterreich/FullPressRelease.aspx?id=304>.
- MIESENBERGER K. (2000–2006). *Design for all bei Automaten*. Abgerufen am 31.07.2006 unter <http://www.integriert-studieren.jku.at/content/view/76/47/>.
- MOLLENKOPF H. & HAMPEL J. (1994). *Technik, Alter, Lebensqualität*. Schriftenreihe des BMFS, Band 23. Stuttgart: Kohlhammer.
- MOLLENKOPF H., MEYER S., SCHULZE E., WURM S. & FRIESDORF W. (2000). Technik im Haushalt zur Unterstützung einer selbstbestimmten Lebensführung im Alter. Das Forschungsprojekt „sentha“ und erste Ergebnisse des Sozialwissenschaftlichen Teilprojekts. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 33, 155–168.
- MORRELL R.W., MAYHORN C.B. & BENNETT JOAN. (2000). A survey of World Wide Web use in middle-aged and older adults. *The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*, 42 (2), 175–182.
- PEACOCK S.E. & KÜNEMUND H. (2007). Senior citizens and Internet technology. *European Journal of Aging*, 4, 191–200.
- PRIBOSCHEK A. (2007). Projekt Senioren-Experten für alle Schulen: Austausch läuft jetzt über das Internet. Abgerufen am 22.10.2007 unter <http://bildungsklick.de/pm/53486/projekt-senioren-experten-fuer-alle-schulen-austausch-laeuft-jetzt-ueber-das-internet/>.
- SACKMANN R. & WEYMANN A. (1994). Die Technisierung des Alltags. Generationen und technische Innovationen. Frankfurt: Campus Verlag.
- SELWYN N., GORARD S. & FURLONG J. (2005). *Adult learning in the digital age*. London: Routledge.
- SENIORNET (2004). Interest Survey 2004. Abgerufen am 04.12.2007 unter <http://www.seniornet.org/php/default.php?PageID=7414>.
- SIEKMEIER T. (2006). *Onlineberatung für Senioren. Psychosoziale Beratung im Internet als ergänzendes Angebot der Altenhilfe*. Marburg: Tectum.
- STADLER I. (2005). *Webanwendungen für geistig fitte ältere Menschen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Fachhochschul-Diplomstudiengang Telekommunikation und Medien, St. Pölten.

- STATISTIK AUSTRIA (2006). Statistisches Jahrbuch Österreichs. Wien: Verlag Österreich.
- STATISTIK AUSTRIA (2007). IKT-Einsatz in Haushalten 2007. Abgerufen am 28.11.2007 unter [http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz\\_in\\_haushalten/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html).
- TEWS H. P. (1996). Produktivität des Alters: In: Baltes M. M. & Montada L. (Hrsg.), *Produktives Leben im Alter* (S. 184–210). Frankfurt/M: Campus.
- VACCARO M., HART T., WHYTE J. & BUCHHOFER R. (2007). Internet use and interest among individuals with traumatic brain injury: a consumer survey. *Disability and Rehabilitation*, 2 (2), 85–95.
- VEREIN SENIOREN UND SENIORINNEN IN DER WISSENSGESELLSCHAFT (2000). Senior-Info-Mobil. Abgerufen am 04.12.2007 unter <http://www.uni-ulm.de/LiLL/senior-info-mobil/>.
- WEIST D. (2004). *Accessibility – Barrierefreies Internet*. Berlin: Verlag Dr. Müller.
- WESTERMANN S. J., DAVIES D. R., GLENDON A. I., STAMMERS, R. B. & MATTHEWS G. (1995). Age and cognitive ability as predictors of computerized information retrieval. *Behavior and Information Technology*, 14, 313–326.
- WHITE H. , MCCONNEL E., CLIPP, BYNUM L., TEAGUE C., NAVAS L., CRAVEN S. & HALBRECHT H. (1999). Surfing in the net in later life: a review of literature and pilot study of computer use and quality of life. *Journal of Applied Gerontology*, 18 (3), 358–378.
- WIEN-VIENNA.AT (2005). Zwischen inforeich und infoarm. Abgerufen am 30.1.2006, unter <http://www.wien-vienna.at/wellness.php?ID=819>.
- WIKIPEDIA (2007). Accessibility. Abgerufen am 10.12.2007 unter <http://en.wikipedia.org/wiki/Accessibility>.
- WORDPRESS (2007). Deklaration von Riga. Abgerufen am 04.12.2007 unter [http://inclusion.ch/?page\\_id=7](http://inclusion.ch/?page_id=7).
- XIE B. (2003). Older adults, computers, and the internet: Future directions. *Gerontechnology*, 2 (4), 289–305.



# Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation

Roman Soucek\*

Mit der Einführung der Neuen Medien wurden die Möglichkeiten des Suchens, Versendens und Erhaltens von Informationen erheblich erweitert. In den letzten Jahrzehnten eroberte vor allem die E-Mail-Kommunikation den Arbeitsplatz und ist zu einem festen Bestandteil des Büroalltags geworden. E-Mail-Kommunikation zeichnet sich durch einen einfachen und schnellen Informationsaustausch aus, der insbesondere in wissensintensiven Geschäftsfeldern und geographisch verteilten Unternehmen von Vorteil ist. Vor diesem Hintergrund nahmen bereits Rice und Blair (1984) an, dass die elektronischen Kommunikationsmedien zu einer Erhöhung der persönlichen und organisationalen Produktivität beitragen werden (siehe auch Crawford, 1982). Allerdings entwickelte sich mit den zunehmenden Möglichkeiten des Informationsaustausches die Sorge, dass ein neuer Stressor am Arbeitsplatz an Bedeutung gewinnt: Eine Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation (Edmunds & Morris, 2000; Farhoomand & Drury, 2002; Rudy, 1996).

Der vorliegende Beitrag stellt unterschiedliche Ursachen einer Überlastung durch Informationen im Kontext der E-Mail-Kommunikation vor. Darüber hinaus geht der Beitrag auf gesundheitsrelevante Auswirkungen einer Informationsüberlastung ein. Abschließend werden Ansatzpunkte zum belastungsgünstigen Umgang mit E-Mail-Kommunikation vorgestellt.

---

\* Korrespondenzadresse: Roman Soucek, Universität Erlangen-Nürnberg, Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie, Lange Gasse 20, 90403 Nürnberg, Deutschland, E-Mail: roman.soucek@wiso.uni-erlangen.de

## 1. Ursachen einer Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation

Die E-Mail-Kommunikation ist Gegenstand verschiedener Forschungsrichtungen, die das Medium E-Mail aus unterschiedlichen Perspektiven betrachten (Ducheneaut & Watts, 2005). Beispielsweise stehen kognitive Aspekte des Empfangs, der Organisation und des Wiederfindens von Nachrichten im Vordergrund (z.B. Whittaker & Sidner, 1997). Andere Forschungsansätze betrachten E-Mail vor allem als ein Medium der Kommunikation und diskutieren Vor- und Nachteile im Vergleich zu anderen Medien (z.B. Daft, Lengel & Trevino, 1987). Angesichts dieser unterschiedlichen Perspektiven werden in der Literatur verschiedene Gründe für eine hohe Belastung durch E-Mail-Kommunikation genannt: Eine hohe Menge an E-Mails, welche die Informationsverarbeitungskapazität übersteigen (z.B. Schultze & Vandenbosch, 1998), die ineffiziente Verarbeitung von Informationen (Lantz, 1998; Whittaker, Bellotti & Gwizdka, 2006), die geringe Qualität von Informationen (Burgess, Jackson & Edwards, 2005) sowie eine nicht adäquate Nutzung von E-Mail-Programmen (Whittaker & Sidner, 1997).

Angesichts dieser Vielzahl von Ansätzen besteht ein erstes Anliegen dieses Beitrags in der systematischen Beschreibung unterschiedlicher Ursachen einer Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation. Dazu bietet sich eine nähere Betrachtung der Definition von Informationsüberlastung an. Im Allgemeinen liegt eine Überlastung vor, wenn die Menge der Informationen die Informationsverarbeitungskapazität übersteigt (Schultze & Vandenbosch, 1998; Farhoomand & Drury, 2002; O'Reilly, 1980). In Anlehnung an diese Definition wird im Folgenden zwischen drei Faktoren einer Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation unterschieden. Zunächst stellt eine hohe Menge an Informationen einen belastenden Faktor dar. Über die Informationsmenge hinaus kann eine geringe Qualität von Informationen zu einer Überlastung beitragen, da sie die Verarbeitung der Informationen erschwert. Schließlich kann eine ineffiziente Informationsverarbeitung im Sinne fehlender Ressourcen zum Umgang mit der gegebenen Menge an Informationen zu einer Überlastung führen.

### 1.1. Zunehmende Menge von E-Mails

Hinsichtlich der Menge von E-Mails wird zunächst die zunehmende Verbreitung von E-Mail-Kommunikation dargelegt und aufgezeigt, welche Besonderheiten der E-Mail-Kommunikation zu einem hohen Informationsaufkommen führen können.

Die E-Mail-Kommunikation nimmt mit der zunehmenden Verbreitung von Computern und Internet im beruflichen sowie privaten Bereich zu. Mittlerweile benutzen in Österreich 56% aller Berufstätigen regelmäßig einen Computer am Arbeitsplatz, wobei 41% aller Beschäftigten Zugang zum Internet haben und somit auch außerhalb des eigenen Unternehmensnetzwerks über E-Mail kommunizieren können (Statistik Austria, 2006). Eine vergleichbare Ausstattung mit

Computerarbeitsplätzen (58 %) und Arbeitsplätzen mit Internetzugang (46 %) liegt in Deutschland vor (Statistisches Bundesamt, 2007b). Derzeit schätzen bereits 30 % der Unternehmen in Österreich die elektronische Kommunikation als wichtiger ein als die Korrespondenz über den konventionellen Postweg (Statistik Austria, 2006). Ebenso gewinnt die private Verwendung von Computern und elektronischer Kommunikation immer mehr an Bedeutung. In Österreich sind rund 67 % der Haushalte mit einem Computer ausgestattet, wobei 52 % Zugang zum Internet haben. Insgesamt 83 % der Internetnutzer sind über eine eigene E-Mail-Adresse erreichbar (Statistik Austria, 2006). Im Vergleich dazu verfügen 70 % der deutschen Haushalte über einen Computer, wobei 61 % der Haushalte Zugang zum Internet haben. Der hauptsächliche Zweck der privaten Internetnutzung liegt mit knapp 85 % beim Empfangen und Versenden von E-Mails (Statistisches Bundesamt, 2007a).

Neben der zunehmenden Verbreitung von Computer und Internet und damit des Zuwachses von potenziellen E-Mail-Kommunikationspartnern, sprechen einige Besonderheiten der E-Mail-Kommunikation für ein hohes Aufkommen an elektronischen Nachrichten (siehe auch Voigt, 2003). Zunächst ist durch die E-Mail-Kommunikation der Aufwand des Versendens von Nachrichten geringer geworden. Im Vergleich zur papiergebundenen Korrespondenz können Informationen schnell und einfach versendet und weitergeleitet werden, da weder ein Gang zum Drucker noch zum Fach für ausgehende Post notwendig ist. Darüber hinaus können E-Mails ohne nennenswerten zusätzlichen Aufwand an mehrere Empfänger versendet werden, insbesondere wenn Verteilerlisten eingesetzt werden. Bei der papiergebundenen Korrespondenz wird eine solche breite Streuung durch den damit verbundenen Aufwand verhindert. Ein weiterer Grund für ein hohes Informationsaufkommen bei der E-Mail-Kommunikation liegt in der direkten Zustellung von Nachrichten an den Empfänger. Dadurch erreichen den Empfänger viele nicht nachgefragte Informationen, wie Spam-E-Mails oder E-Mails mit dubiosen Angeboten. Im Gegensatz zur elektronischen Kommunikation würden solche unseriösen Werbewurfsendungen spätestens durch das Sekretariat aussortiert.

Zusammenfassend resultieren der einfache Versand und die direkte Zustellung von E-Mails in einem hohen Aufkommen von E-Mails, so dass man Nachrichten nur noch selektiv lesen kann. Durch die Notwendigkeit der Selektion von Nachrichten kann es dazu kommen, dass unerwartete aber wichtige Nachrichten übersehen werden (Schultze & Vandenbosch, 1998).

### 1.2. Geringe Qualität von E-Mails

Über die zunehmende Menge von E-Mails hinaus zeichnen sich E-Mails durch einige medienspezifische Besonderheiten aus, die zu einer geringen Qualität von E-Mail-Nachrichten beitragen können und damit die Informationsverarbeitung erschweren. Diese Besonderheiten von E-Mail-Nachrichten lassen sich gut an

der medialen Reichhaltigkeit sowie der Synchronität der Kommunikation darlegen (Sassenberg, 2004). Abschließend werden unterschiedliche Erwartungen an die E-Mail-Kommunikation diskutiert.

Die mediale Reichhaltigkeit beschreibt den Umfang von Informationen, der durch ein Medium übertragen werden kann (z.B. Daft & Lengel, 1984). Bei der E-Mail-Kommunikation beschränken sich die übermittelten Informationen in der Regel auf Textnachrichten, so dass E-Mail-Nachrichten als wenig reichhaltig einzustufen sind (Sassenberg, 2004). Im Vergleich dazu weisen Telefongespräche und Videokonferenzen eine hohe mediale Reichhaltigkeit auf, da die übermittelten Nachrichten durch soziale Kontextfaktoren, wie z.B. Tonfall und Mimik ergänzt werden. Aufgrund der geringen medialen Reichhaltigkeit von E-Mail-Nachrichten kann es insbesondere bei der Übermittlung von unklaren und interpretationsbedürftigen Informationen vermehrt zu Missverständnissen oder Fehlinterpretationen kommen, da keine sozialen Kontextfaktoren die Aussagen ergänzen. Zudem ist die Vermittlung von reichhaltigen Informationen per E-Mail aufgrund der notwendigen Verbalisierung mit einem höheren Aufwand verbunden als bei persönlicher Interaktion der Gesprächspartner (Sassenberg, 2004). Angesichts dieses hohen Aufwands werden vielfach Akronyme (z.B. „FYI“ für „For Your Information“) oder Emoticons (z.B. „;-“) für ironische Kommentare) verwendet, die allerdings nicht immer richtig interpretiert werden.

Des Weiteren zeichnen sich E-Mails durch eine asynchrone Kommunikation aus (Sassenberg, 2004). E-Mails werden zwar sofort zugestellt, allerdings nutzen die Kommunikationspartner das Medium nicht gleichzeitig, wie etwa beim Telefon oder Chat. Diese Eigenschaft der E-Mail-Kommunikation hat insbesondere Auswirkungen, wenn klärende Nachfragen notwendig werden. Bei synchronen Medien lassen sich unklare Sachverhalte mit einer direkten Nachfrage schnell klären. Bei asynchroner Kommunikation resultiert zusätzlicher Aufwand, da zumindest der Bezug zum jeweiligen Sachverhalt wieder hergestellt werden muss. Im Allgemeinen kann man sagen, dass bei asynchroner Kommunikation eine Metakommunikation notwendig ist, die z.B. den bisherigen Diskussionsverlauf resümiert (Condon & Cech, 1996).

Schließlich bestehen unterschiedliche Auffassungen über den Status von E-Mail-Kommunikation. E-Mail wird als relativ junges Medium häufig als spontanes und informelles Kommunikationsmittel betrachtet (Lea, 1991). Durch diese Auffassung von E-Mail-Kommunikation – in Verbindung mit einem einfachen und schnellen Versand – werden E-Mails vielfach oberflächlich verfasst, so dass beim Empfänger leichter Missverständnisse auftreten können (Burgess et al., 2005). Ebenso bestehen bei der E-Mail-Kommunikation unterschiedliche Erwartungen hinsichtlich der formalen Anforderungen an die Korrespondenz. Teilweise liegen Sprache und Formulierung in E-Mails näher am Ausdruck der mündlichen Kommunikation als am schriftlichen Ausdruck, wie er in Geschäftsbriefen gepflegt wird. Ferner wird oft auf Groß- und Kleinschreibung verzichtet, wodurch dem Empfänger das Lesen des Textes erschwert wird (Wiest, 1994). Zudem werden oft Akronyme verwendet, z.B. „ASAP“ für „As Soon As Possible“, die schlicht nicht

verstanden oder sogar als unhöflich empfunden werden. In diesem Sinne empfiehlt die Literatur, dass Mitglieder bestimmter sozialer Systeme gemeinsame Auffassungen über den Einsatz eines bestimmten Mediums entwickeln (Fulk, 1993). Ebenso kann Ambiguität aufgrund unterschiedlicher Erwartungen an die E-Mail-Kommunikation entstehen. Beispielsweise wird vom Empfänger eine schnelle Antwort erwartet, obwohl der Empfänger diese Auffassung nicht teilt (Markus, 1994).

### 1.3. Ineffizienter Umgang mit E-Mails

Die vorhergehenden Ausführungen stellten medienspezifische Merkmale von E-Mail-Kommunikation vor, die zu einer hohen Belastung durch Informationen beitragen bzw. die Verarbeitung dieser Informationen erschweren können. Darüber hinaus führt ein ineffizienter Umgang mit E-Mails zu einer Informationsüberlastung, wie im Folgenden dargelegt wird.

Da die E-Mail-Kommunikation ein computergebundenes Medium ist, erfordert die Verwendung von E-Mail ein gewisses Maß an Medienkompetenz. Dieses bezieht sich nicht nur auf technische Aspekte der Anwendung von E-Mail-Programmen, sondern vielmehr auf deren sinnvollen Einsatz. Insbesondere kann eine ineffiziente Arbeitsweise die Verarbeitung von Informationen erschweren (Whitaker & Sidner, 1997). Beispielhaft beschreibt Lantz (1998) die Ergebnisse einer Studie von Mackay (1988) wie folgt: "The users who felt overloaded ... subscribed to too many distribution lists, read emails irregularly or constantly, tried to read all messages, kept hundreds of messages in their inbox, saved a large percentage of their messages, kept too many folders, and had difficulty finding messages" (S. 365). In diesem Zusammenhang berichtet Lantz (1998), dass vor allem jene Mitarbeiter die meisten Probleme mit E-Mail-Kommunikation haben, die keine effektive Struktur zur Archivierung von E-Mails entwickelt haben. Eine klare inhaltliche Strukturierung ist wichtig, da Informationen im Rahmen der E-Mail-Korrespondenz oft fragmentiert sind. Beispielsweise sind Informationen zu einem Thema oft auf mehrere empfangene und versendete E-Mails verteilt. Informationen können gleichfalls innerhalb einer E-Mail verstreut sein, wenn eine mehrmals weitergeleitete Nachricht von unterschiedlichen Bearbeitern kommentiert wurde und die einzelnen Informationsbruchstücke zwischen Adresszeilen und Signaturen gesucht werden müssen. Zudem werden ausgehende E-Mails in der Regel gesondert von eingehender Post abgelegt, so dass zusammenhängende Informationen getrennt aufbewahrt werden. Darüber hinaus sind Postausgänge selten durch Unterordner strukturiert, was das Auffinden einzelner versandter E-Mails erschwert.

Über die fehlende Strukturierung von E-Mails hinaus verwenden viele Benutzer ihr E-Mail-Programm für Aufgaben für die es nicht konzipiert wurde, wie z.B. das Organisieren der eigenen Aufgaben, die Vereinbarung von Terminen oder das Sammeln von Kontaktinformationen. Reine E-Mail-Programme sind für sol-

che Aufgaben nicht zugeschnitten und können diese nur unzulänglich erfüllen (Bellotti, Ducheneaut, Howard, Smith & Grinter, 2005; Whittaker & Sidner, 1997; Whittaker et al., 2006).

Schließlich treffen im Unterschied zur Korrespondenz über den Postweg neue E-Mails über den Tag verteilt ein, und werden – ungeachtet ihrer Relevanz – über Hinweisenfenster oder akustische Signale angekündigt (Jackson, Dawson & Wilson, 2001; Kraut & Attewell, 1997; Whittaker & Sidner, 1997). Dadurch resultieren Unterbrechungen der aktuell ausgeführten Tätigkeit (Jackson, Dawson & Wilson, 2003a; Mackay, 1988). Insbesondere bei der Bearbeitung komplexer Aufgaben leidet dadurch die Produktivität (Speier, Valicich & Vessey, 1999). Ebenso kann die E-Mail-Kommunikation die Aufgabenerfüllung behindern, wenn auf verspätete Antworten von Kollegen gewartet werden muss (Bellotti et al., 2005; Kiesler & Sproull, 1992).

## 2. Gesundheitsrelevante Auswirkungen

In den bisherigen Ausführungen wurden die Ursachen einer Informationsüberlastung durch E-Mail-Kommunikation dargelegt. Grundsätzlich kann eine hohe Belastung durch eine große Menge an Informationen bedingt sein. Zudem kann eine geringe Qualität der Informationen sowie ein ineffizienter Umgang mit E-Mails die Informationsverarbeitung erschweren und somit zu einer Überlastung beitragen. In diesem Zusammenhang können die Auswirkungen einer übermäßigen Belastung im Sinne einer psychischen Beanspruchung interpretiert werden und können somit in Stress resultieren. Der folgende Abschnitt widmet sich dieser Fragestellung und berichtet bisherige Ergebnisse zu gesundheitsrelevanten Auswirkungen einer Überlastung durch E-Mail-Kommunikation.

Zur Einschätzung der gesundheitsrelevanten Auswirkungen einer Informationsüberlastung durch die Neuen Medien werden im Folgenden bisherige Erkenntnisse der Forschung dargestellt. Die durchschnittliche Anzahl der täglich empfangenen E-Mails liegt bisherigen Untersuchungen zufolge bei ca. 25 E-Mails (z.B. Burgess et al., 2005; Jackson, Dawson & Wilson, 2003b; Mackay et al., 1989; Moser, Preising, Göritz & Paul, 2002). Ebenso scheint die Menge der Informationen zu zunehmen. So berichten in einer Studie zum Thema Informationsüberflutung von Moser et al. (2002) 81 % der befragten Berufstätigen eine Zunahme der Informationen durch die Neuen Medien. Dabei gibt allerdings nur eine Minderheit von 10 % die globale Einschätzung ab, sich von Informationen überflutet zu fühlen.

Die Studie zur Informationsüberflutung von Moser et al. (2002) entwickelte differenzierte Skalen, die verschiedene Aspekte von Informationsüberflutung erfassen (siehe auch Preising, 2004). Zunächst thematisieren Probleme mit Informationsüberflutung die Menge an Informationen und daraus resultierende Probleme bei der Arbeit. Darüber hinaus wird die Beeinträchtigung des Arbeitsablaufs durch die Neuen Medien erfasst. Eine Skala zur oberflächlichen Arbeitsweise erfragt, in-

wieweit die Arbeit mit den Neuen Medien zu ungenauer und missverständlicher Kommunikation beiträgt. Schließlich erhebt eine Skala negative Reaktionen auf problematische Aspekte der Neuen Medien, die als Symptome psychischer Beanspruchung interpretiert werden können (Moser et al., 2002).

Die soeben beschriebenen Skalen wurden vom Autor dieses Beitrags im Rahmen von Trainings zur effektiven E-Mail-Kommunikation wiederholt eingesetzt (z.B. Soucek & Moser, 2004). Die Ausprägungen auf diesen Skalen jeweils vor der Durchführung des Trainings ( $N = 151$  Berufstätige) deuten auf mittlere bis niedrige Ausprägungen von Informationsüberflutung hin (Likert-Skala von 1 bis 7, wobei hohe Skalenwerte stärkere Ausprägungen bei den Aspekten der Informationsüberflutung repräsentieren). Die mittleren Ausprägungen für die einzelnen Skalen betragen bei Problemen mit den Neuen Medien 3,39 ( $SD = 1,21$ ) und bei der Beeinträchtigung der Arbeit 3,44 ( $SD = 1,56$ ). Die oberflächliche Arbeitsweise weist einen Mittelwert von 3,04 auf ( $SD = 1,19$ ) und die psychische Beanspruchung liegt bei 2,33 ( $SD = 1,08$ ). Zudem konnten für die Probleme mit den Neuen Medien, die Beeinträchtigung der Arbeit sowie die psychische Beanspruchung signifikant positive Zusammenhänge zur Anzahl der täglich erhaltenen E-Mails nachgewiesen werden.

Im Rahmen der Studie zur Informationsüberflutung am Arbeitsplatz von Moser et al. (2002) konnten Zusammenhänge dieser Skalen zu gesundheitsrelevanten Maßen gefunden werden. Dabei wurden subjektive Beeinträchtigungen durch überwiegend körperliche und allgemeine Beschwerden erhoben (Beschwerden-Liste von Zerssen & Koeller, 1976). Die Beschwerde-Liste umfasst Aspekte wie z.B. Übelkeit, Mattigkeit und innere Unruhe. Als weiterer Indikator für die Konsequenzen von Informationsüberflutung wurde in der Studie die Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck (1978) herangezogen. Insgesamt bestehen positive Zusammenhänge zwischen den Skalen zur Informationsüberflutung und psychosomatischen Beschwerden sowie negative Zusammenhänge zwischen den Skalen zur Informationsüberflutung und Arbeitszufriedenheit (Moser et al., 2002). Zusammenfassend zeigen sich systematische Zusammenhänge der Skalen zur Informationsüberflutung mit gesundheitsrelevanten Maßen und mit Arbeitszufriedenheit. In diesem Sinne kann die Informationsüberlastung als Stressor am Arbeitsplatz interpretiert werden. Allerdings steht die Forschung zu dieser Fragestellung noch am Anfang und sollte systematischer fortgeführt werden. Insbesondere sollten die Informationsüberlastung durch die Neuen Medien konzeptionell erfasst und Erhebungsinstrumente weiter entwickelt und validiert werden.

### 3. Interventionen zur Stressbewältigung

Interventionen zur Stressbewältigung basieren zumeist auf dem transaktionalen Stressmodell nach Lazarus (1999), das Stress als Resultat von kognitiven Bewertungsprozessen angesichts einer kritischen Situation versteht (Schüz & Renneberg,



2006). Im Rahmen dieses Modells werden eintretende Ereignisse hinsichtlich ihrer Bedrohlichkeit sowie die eigenen Bewältigungsfähigkeiten und -möglichkeiten bewertet. Stress resultiert dann, wenn die Situation als bedrohlich bewertet wird und die eigenen Ressourcen als nicht ausreichend zur Bewältigung dieser Situation eingeschätzt werden. In Anlehnung an dieses Modell bestehen nach Schüz und Renneberg (2006) verschiedene Ansatzpunkte zur Stressbewältigung: Grundsätzlich kann die Menge der bedrohlichen Situationen verringert oder die individuellen Ressourcen gestärkt werden (siehe auch Zapf & Dormann, 2006). Darüber hinaus kann an der kognitiven Bewertung angesetzt werden, wie z.B. mit dem Konzept der Stressinokulation (Stressimpfung) nach Meichenbaum (1985). Ein genereller Interventionsansatz besteht zudem in der Verringerung von Stressreaktionen, beispielsweise durch den Einsatz von Entspannungstechniken.

In Anlehnung an die vorgestellten Ursachen einer Informationsüberlastung können Interventionsmaßnahmen an der Menge und Qualität der eingehenden E-Mails ansetzen oder am Umgang mit der E-Mail-Kommunikation. Als unmittelbarer Ansatzpunkt bietet sich eine Stärkung der individuellen Ressourcen zur Verbesserung des Umgangs mit E-Mail-Kommunikation an, wie in den beiden folgenden Abschnitten beschrieben wird. Darüber hinaus stellen die beiden letzten Abschnitte umfassendere Interventionsansätze vor.

### **3.1. Strukturierung und Verwaltung des Posteingangs**

Hinsichtlich des Posteingangs wurde argumentiert, dass die direkte Zustellung von E-Mails zu einer Vielzahl nicht nachgefragter Informationen führt, die das Auffinden und die Verarbeitung relevanter Informationen behindern. Zudem sind eintreffende Nachrichten thematisch nicht strukturiert und können aufgrund der geringen Qualität nicht sofort als relevant für ein bestimmtes Thema eingestuft werden (Hiltz & Turoff, 1985). In diesem Sinne sollten eintreffende E-Mails selektiert und thematisch gruppiert werden, um die Verarbeitung der Informationen zu erleichtern. Aus einer technischen Perspektive heraus betrachtet, bieten viele E-Mail-Programme die Möglichkeit – neben Spam-Filtern – eintreffende E-Mails entsprechend definierter Kriterien, z.B. nach Absendern oder Betreffzeilen, in verschiedene Ordner zu verschieben oder farblich zu kennzeichnen (Voigt, 2003; Whittaker & Sidner, 1997). Diese Filterregeln werden sicherlich nicht das gesamte E-Mail-Aufkommen abdecken können, sie helfen jedoch den Posteingang grob zu strukturieren. Dies verbessert letztlich den Überblick über die eingetroffenen Nachrichten.

Zur Umsetzung dieser Selektion und Gruppierung von Nachrichten sollte die Medienkompetenz verbessert werden, indem Teilnehmern das Wissen und die Anwendung von Funktionen in E-Mail-Programmen vermittelt wird. Dieses kann z.B. im Rahmen eines verhaltensbasierten Trainings erfolgen. Allerdings sollte ein solches Training über die rein technische Umsetzung hinausgehen und die Frage nach einem sinnvollen Einsatz dieser Funktionen und der inhaltlichen Strukturierung des Posteingangs stellen (Lantz, 1998). Für die inhaltliche Ablagestruktur



kann z.B. eine Gliederung nach Projekten oder Kunden sinnvoll sein. Ebenso erleichtert eine farbliche Hervorhebung von Carbon-Copy-E-Mails [CC-E-Mails] die Sichtung des Posteingangs, da diese tendenziell Informationen zur Kenntnisnahme enthalten und keine sofortige Antwort erfordern. Ob der Einsatz von automatischen Filtern sinnvoll ist, entscheidet letztlich die Menge eintreffender E-Mails sowie die individuelle Präferenz des einzelnen Mitarbeiters.

### 3.2. Zeitliche Planung der E-Mail-Kommunikation

Durch die sofortige Zustellung von E-Mails über das E-Mail-Programm kann es gleichermaßen durch relevante wie auch irrelevante Nachrichten zu Unterbrechungen kommen. Um dieser Problematik zu begegnen, sollte E-Mail-Kommunikation als eine Aufgabe im Rahmen des allgemeinen Zeitmanagements begriffen werden und in die tägliche Zeitplanung aufgenommen werden (siehe auch Whittaker et al., 2006). Beispielsweise sollte man E-Mails nach Möglichkeit zu geplanten Zeiten abrufen und dazwischen das E-Mail-Programm schließen oder die Benachrichtigungen über neue E-Mails abschalten (siehe Jackson et al., 2003a). Darüber hinaus lässt sich das persönliche Zeitmanagement durch das E-Mail-Programm unterstützen. Beispielsweise können Prioritäten und Erinnerungen sowie – falls im Programm enthalten – der Kalender und die Aufgabenplanung für die Planung der Termine und Aufgaben genutzt werden (Whittaker, 2005).

### 3.3. Medienadäquater Einsatz der E-Mail-Korrespondenz

E-Mail besitzt als Kommunikationsmedium verschiedene Stärken und Schwächen, wie bereits diskutiert wurde. Dementsprechend beginnt der Einsatz von E-Mail-Kommunikation mit der Frage, ob diese in einer gegebenen Situation das adäquate Medium ist. Aufgrund der geringen medialen Reichhaltigkeit sollten E-Mails insbesondere für die Vermittlung von Routinemitteilungen oder von kurzen Sachinformationen eingesetzt werden, die keine weitere Auslegung oder Diskussion erfordern (Lantz, 1998; Lea, 1991). Anliegen, die eine weitergehende Interpretation erfordern, sollten vielmehr über medial reichhaltige und synchrone Medien kommuniziert werden, wie z.B. telefonisch oder im persönlichen Gespräch (Daft & Lengel, 1984; Lee, 1994). Vor allem bei Diskussionen oder Terminabsprachen bieten sich synchrone Medien an, da sonst mehrere E-Mails ausgetauscht werden müssen, bis der Sachverhalt geklärt bzw. ein gemeinsamer Termin gefunden ist. Wenn man Termine über E-Mail vereinbart, weil der Ansprechpartner telefonisch nicht erreichbar ist, sollte man in einer E-Mail mehrere Terminalternativen vorschlagen, so dass sich der Empfänger mit einer Antwort für einen passenden Termin entscheiden kann.

Insgesamt kann ein Medium nicht pauschal als sehr oder wenig reichhaltig eingestuft werden, vielmehr erwächst die Reichhaltigkeit aus der Interaktion des Mediums mit der jeweiligen Situation (Lee, 1994). Für die Vermittlung von kur-

zen Sachinformationen ist die Reichhaltigkeit des Mediums E-Mail angemessen, dahingegen stößt man bei der Übermittlung von komplexen Zusammenhängen schnell an die Grenzen des Mediums. Dem entsprechend bevorzugen Manager das persönliche Gespräch gegenüber dem Briefwechsel, da ihre Tätigkeit eine höhere Ambiguität aufweist, der mit direkter und synchroner Kommunikation besser begegnet werden kann (Markus, 1994). Tatsächlich hängt die Sensitivität von Managern gegenüber Stärken und Schwächen verschiedener Medien mit einer höheren Leistung zusammen (Daft et al., 1987). In diesem Sinne muss Medienkompetenz in einem breiteren Sinne interpretiert werden: Über die technischen Aspekte hinaus müssen Mitarbeiter die Stärken und Schwächen von E-Mail-Kommunikation kennen und lernen, das Medium E-Mail gezielt in adäquaten Situationen einzusetzen.

### 3.4. Regeln zur E-Mail-Kommunikation

Ambiguität resultiert nicht nur aus unklar formulierten E-Mails oder dem nicht medienadäquaten Einsatz von E-Mail-Kommunikation, sondern auch aus unterschiedlichen Erwartungen hinsichtlich der E-Mail-Kommunikation (siehe auch Carlson & Zmud, 1999; Döring, 1999; Markus, 1994). Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, eine gemeinsame Auffassung hinsichtlich eines Kommunikationsmediums zu entwickeln (Boland & Tenkasi, 1995; Clark & Brennan, 1991). Möglichkeiten zur Umsetzung einer solchen gemeinsamen Auffassung bieten z.B. E-Mail-Richtlinien. Bislang existieren Richtlinien zum Einsatz von E-Mails hauptsächlich auf Ebene des Unternehmens und umfassen zumeist technische Aspekte wie Virenschutz und Vertraulichkeit. Darüber hinaus sollten solche Richtlinien aber auch die Erwartungen an E-Mail-Kommunikation konkret darlegen. Beispielsweise könnte festgelegt werden, dass CC-E-Mails lediglich zur Kenntnisnahme sind und keine direkten Aufgaben darin enthalten sein sollten, um Unklarheiten über die Relevanz einer Nachricht ansatzweise auszuräumen. Ein anderes Thema könnte die Sensibilisierung hinsichtlich der Verantwortungsdiffusion sein, die bei der Adressierung einer Nachricht an mehrere Empfänger auftreten kann (Barron & Yechiam, 2002).

Die Einführung von E-Mail-Richtlinien betrifft nicht nur die Unternehmensebene, sondern kann in Form von gemeinsamen Vereinbarungen Gegenstand der E-Mail-Kommunikation innerhalb von Abteilungen oder Projektgruppen sein. Auf diesen Ebenen lassen sich weitaus konkretere Vereinbarungen treffen, beispielsweise könnten Projektgruppen eine Teilstandardisierung der Betreffzeile vereinbaren und immer die Projektbezeichnung voranstellen, was eine verlässliche thematische Einordnung von E-Mails ermöglicht bzw. als Bedingung für einen automatischen Filtermechanismus verwendet werden kann.

Abschließend ist anzumerken, dass bei der Übermittlung von komplexen und unklaren Sachverhalten der Empfänger aufgrund der geringen medialen Reichhaltigkeit von E-Mails mit zu vielen Bedeutungen bzw. Möglichkeiten der Interpretation konfrontiert wird. In diesem Sinne schaffen Vereinbarungen zur

E-Mail-Kommunikation gemeinsame Bedeutungen bei der elektronischen Kommunikation und erhöhen damit die Informationsverarbeitungskapazität (Weick, 1985).

## 4. Schlusswort

Der vorliegende Beitrag stellte Ursachen einer Informationsüberlastung im Kontext der E-Mail-Kommunikation vor und ging auf gesundheitsrelevante Auswirkungen sowie Möglichkeiten der Intervention ein. Dieser Fokus soll nicht den Eindruck vermitteln, dass E-Mail-Kommunikation ausschließlich problembehaftet ist und negative Konsequenzen mit sich bringt. Vielmehr besteht die Absicht dieses Beitrags in einer Sensibilisierung hinsichtlich der Grenzen des Mediums E-Mail und der Darstellung eines medienadäquaten Einsatzes, so dass die Vorteile der E-Mail-Kommunikation voll ausgeschöpft werden können.

## 5. Literaturverzeichnis

- BARRON G. & YECHIAM E. (2002). Private e-mail requests and the diffusion of responsibility. *Computers in Human Behavior*, 18, 507–520.
- BELLOTTI V., DUCHENEAUT N., HOWARD M., SMITH I. & GRINTER R. E. (2005). Quality versus quantity: E-mail-centric task management and its relation with overload. *Human-Computer Interaction*, 20, 89–138.
- BOLAND R. J. & TENKASI R. (1995). Perspective making and perspective taking in communities of knowing. *Organization Science*, 6, 350–372.
- BURGESS A., JACKSON T. & EDWARDS J. E. (2005). Email training significantly reduces email defects. *International Journal of Information Management*, 25, 71–83.
- CARLSON J. R. & ZMUD R. W. (1999). Channel expansion theory and the experimental nature of media richness perceptions. *Academy of Management Journal*, 42, 153–170.
- CLARK H. H. & BRENNAN S. A. (1991). Grounding in communication. In: Resnick L. B. & Levine J. M. & Teasley S. D. (Eds.), *Perspectives on socially shared cognition*. Washington: APA Books.
- CONDON S. L. & CECIL C. G. (1996). Functional comparison of face-to-face and computer-mediated decision making interactions. In: Herrig S. C. (Ed.), *Computer-mediated communication – Linguistic, social and cultural perspectives* (pp. 65–80). Amsterdam: Benjamins.
- CRAWFORD A. B. (1982). Corporate electronic mail – a communication-intensive application of information technology. *MIS Quarterly*, 6, 1–13.
- DAFT R. L. & LENGEL R. H. (1984). Information richness: A new approach to managerial behavior and organizational design. In: Cummings L. L. & Staw B. M. (Eds.), *Research in organizational behavior* (pp. 191–233). Homewood, IL: JAI Press.

- DAFT R. L., LENGEL R. H. & TREVINO L. K. (1987). Message equivocality, media selection, and manager performance: Implications for information systems. *MIS Quarterly*, 11, 355–366.
- DÖRING N. (1999). Mediale Kommunikation in Arbeitsbeziehungen: Wie lassen sich soziale Defizite vermeiden? In: Boos M. & Jonas K. J. & Sassenberg K. (Hrsg.), *Computervermittelte Kommunikation in Organisationen* (S. 27–40). Göttingen: Hogrefe.
- DUCHENEAUT N. & WATTS L. A. (2005). In search of coherence: A review of e-mail research. *Human-Computer Interaction*, 20, 11–48.
- EDMUNDS A. & MORRIS A. (2000). The problem of information overload in business organisations: A review of the literature. *International Journal of Information Management*, 20, 17–28.
- FARHOOMAND A. F. & DRURY D. H. (2002). Managerial information overload. *Communications of the ACM*, 45, 127–131.
- FULK J. (1993). Social construction of communication technology. *Academy of Management Journal*, 36, 921–950.
- HILTZ S. R. & TUROFF M. (1985). Structuring computer-mediated communication systems to avoid information overload. *Communications of the ACM*, 28, 680–689.
- JACKSON T., DAWSON R. J. & WILSON D. (2001). The cost of email interruption. *Journal of Systems and Information Technology*, 5, 81–92.
- JACKSON T., DAWSON R. J. & WILSON D. (2003a). Reducing the effect of email interruption on employees. *International Journal of Information Management*, 23, 55–65.
- JACKSON T., DAWSON R. J. & WILSON D. (2003b). Understanding email interaction increases organizational productivity. *Communications of the ACM*, 46, 80–84.
- KIESLER S. & SPROULL L. (1992). Group decision making and communication technology. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 52, 96–123.
- KRAUT R. E. & ATTEWELL P. (1997). Media use in a global corporation: Electronic mail and organizational knowledge. In: Kiesler S. (Ed.), *Culture of the internet* (pp. 323–342). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- LANTZ A. (1998). Heavy users of electronic mail. *International Journal of Human-Computer Interaction*, 10, 361–379.
- LAZARUS R. S. (1999). *Stress and Emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- LEA M. (1991). Rationalist assumptions in cross-media comparisons of computer-mediated communication. *Behaviour and Information Technology*, 10, 153–172.
- LEE A. S. (1994). Electronic mail as a medium for rich communication: An empirical investigation using hermeneutic interpretation. *MIS Quarterly*, 18, 143–157.
- MACKAY W. E. (1988). More than just a communication system: Diversity in the use of electronic letter. In: Greif I. & Auchmann L. (Eds.), *Proceedings of the 1988 ACM conference on computer-supported cooperative work* (pp. 344–353). Portland, OR: ACM Press.
- MACKAY W. E., MALONE T. W., CROWSTON K., RAO R., ROSENBLITT D. & CARD S. K. (1989). How do experienced information lens users use rules? In: Bice K. & Lewis C. (Eds.), *Proceedings of the ACM conference on human factors in computing systems* (pp. 211–216). Austin, TX: ACM Press.
- MARKUS M. L. (1994). Electronic mail as the medium of managerial choice. *Organization Science*, 5, 502–527.

- MEICHENBAUM D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- MOSER K., PREISING K., GÖRITZ A. S. & PAUL K. (2002). *Steigende Informationsflut am Arbeitsplatz: belastungsgünstiger Umgang mit elektronischen Medien (E-Mail, Internet)*. Dortmund: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- NEUBERGER O. & ALLERBECK M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit*. Bern: Hans Huber.
- O'REILLY C. A. (1980). Individuals and information overload in organizations: Is more necessarily better? *Academy of Management Journal*, 23, 684–696.
- PREISING K. (2004). *Informationsüberflutung am Arbeitsplatz: Entwicklung und psychometrische Evaluation eines Analyseverfahrens zur Erfassung und Bewertung von Informationsüberflutung am Arbeitsplatz aufgrund der Neuen Medien (E-Mail; Internet)*. Hamburg: Dr. Kovac.
- RICE R. E. & BAIR J. (1984). New organizational media and productivity. In: Rice R. E. (Ed.), *The new media: Communication, research and technology* (pp. 185–215). Beverly Hills, CA: Sage.
- RUDY I. A. (1996). A critical review of research on electronic mail. *European Journal of Information Systems*, 4, 198–213.
- SASSENBERG K. (2004). Formen und Bedeutung elektronischer Kommunikation in Unternehmen. In: Hertel G. & Konradt U. (Hrsg.), *Human Resource Management im Inter- und Intranet* (S. 92–109). Göttingen: Hogrefe.
- SCHULTZE U. & VANDENBOSCH B. (1998). Information overload in a groupware environment: Now you see it, now you don't. *Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce*, 8, 127–148.
- SCHÜZ B. & RENNEBERG B. (2006). Theoriebasierte Strategien und Interventionen in der Gesundheitspsychologie. In: Renneberg B. & Hammelstein P. (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 123–139). Heidelberg: Springer.
- SOUCEK R. & MOSER K. (2004). Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur effektiven E-Mail-Kommunikation. In: Bungard W., Koop B. & Liebig C. (Hrsg.), *Psychologie und Wirtschaft leben. Aktuelle Themen der Wirtschaftspsychologie in Forschung und Praxis* (S. 201–205). München: Rainer Hampp.
- SPEIER C., VALICICH J. S. & VESSEY I. (1999). The influence of task interruption on individual decision making: An information overload perspective. *Decision Sciences*, 30, 337–360.
- STATISTIK AUSTRIA. (2006). *IKT-Einsatz: Ergebnisse der Europäischen Erhebungen über den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen und in Haushalten 2006*. Wien: Statistik Austria.
- STATISTISCHES BUNDESAMT. (2007a). *Entwicklung der Informationsgesellschaft: IKT in Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- STATISTISCHES BUNDESAMT. (2007b). *IKT in Unternehmen: Nutzung von Informationstechnologie in Unternehmen – Ergebnisse für das Jahr 2006*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- VOIGT S. (2003). *E-Mail-Kommunikation in Unternehmen: Eine explorative Studie zu individuellen Nutzungsstrategien*. München: Reinhard Fischer.
- WEICK K. E. (1985). Cosmos vs. chaos: Sense and nonsense in electronic contexts. *Organizational Dynamics*, 14, 51–54.

- WHITTAKER S. (2005). Supporting collaborative task management in e-mail. *Human-Computer Interaction*, 20, 49–88.
- WHITTAKER S., BELLOTTI V. & GWIZDKA J. (2006). Email and PIM: Problems and possibilities. *Communications of the ACM*, 49, 68–73.
- WHITTAKER S. & SIDNER C. (1997). Email overload: Exploring personal information management of email. In: Kiesler S. (Ed.), *Culture of the Internet* (pp. 277–295). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- WIEST G. (1994). *Computergestützte Kommunikation am Arbeitsplatz: Die Aneignung neuer Kommunikationstechniken in Organisationen am Beispiel von Electronic Mail*. Weiden: Schuch.
- ZAPF D. & DORMANN C. (2006). Gesundheit und Arbeitsschutz. In: Schuler H. (Hrsg.), *Lehrbuch Personalpsychologie* (2 Aufl., S. 699–728). Göttingen: Hogrefe.
- ZERSSEN D. V. & KOELLER D.-M. (1976). *Klinische Selbstbeurteilungs-Skalen (KSb-S) aus dem Münchner Psychiatrischen Informations-System (PSYCHIS München)*. Weinheim: Beltz.



## Beziehungsänderungen

# „Meet the e-patient“: Chancen und Risiken des Internets für das Verhältnis von Gesundheits- fachleuten und ihren Klienten

Thomas Berger\*

## 1. Einführung

*Klinisches Szenario:*

*Der 38-jährige Patient Herr H. meldet sich in Ihrer Praxis. Herr H. habe Ihre Adresse auf der Internetseite „rate your therapist“ (z.B. <http://psych-review.blogspot.com>) gefunden, von welcher Sie als Ärztin oder Psychotherapeutin zwar noch nie was gehört haben, auf welcher Sie aber von Ihren ehemaligen Patienten offensichtlich im Schnitt mit 9,14 von 10 möglichen Punkten bewertet wurden. Mit einem dieser Patienten diskutiere Herr H. jetzt auch in einem virtuellen Forum. Ausgerüstet mit Informationen Ihres ehemaligen Patienten und anderen unzähligen Informationen aus dem Internet, schildert Herr H. im Erstgespräch nicht nur Symptome und vertraut Ihnen professionellen Schlussfolgerungen und Entscheidungen. Herr H. benennt gleich mögliche Diagnosen, wägt unterschiedliche Interventionsoptionen gegeneinander ab, zitiert Studienergebnisse und Erfahrungen anderer Betroffener und macht deutlich, dass er bei der therapeutischen Entscheidungsfindung aktiv mitreden will.*

Menschen hatten schon immer das Bedürfnis nach gesundheitsrelevantem Wissen (Ende, Lewis, Ash & Moskowitz, 1989). Heute hat sich mit dem Internet ein Informations- und Kommunikationsmedium im alltäglichen Leben vieler Menschen etabliert, welches dieses Bedürfnis in noch nie da gewesener Form befriedigen kann. Stärker als andere Medien eröffnet das Internet die Möglichkeit, auf die persönliche Situation zugeschnittene Informationen zu finden. Wer wie

---

\* Korrespondenzadresse: Thomas Berger, Universität Bern, Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie, Gesellschaftsstraße 49, 3012 Bern, Schweiz, E-Mail: [thomas.berger@ptp.unibe.ch](mailto:thomas.berger@ptp.unibe.ch)



Herr H. bestimmte Probleme wie „bei Vorträgen werde ich schnell rot und beginne zu schwitzen“ in die Suchmaschine Google eingibt, wird unmittelbar auf Internetseiten verwiesen, die sich mit der diagnostischen Kategorie der sozialen Phobie beschäftigen und findet rasch und gratis Informationen zu Ursachen, Behandlungsmöglichkeiten und neuesten Forschungsergebnissen in diesem Bereich. Entsprechendes Wissen wurde früher nur in für Laien schwer zugänglichen und relativ teuren Fachzeitschriften und Büchern publiziert und war weitgehend Professionellen vorbehalten.

Neu ist auch, wie leicht und unmittelbar sich Betroffene dank des Internets in inzwischen Tausenden von virtuellen Selbsthilfeforen Zugang zum Erfahrungswissen anderer Betroffener verschaffen und ihre Probleme diskutieren können. Wer Beiträge in solchen Foren liest, merkt rasch, wie stark sich die Rolle und Selbstwahrnehmung dieser Hilfesuchenden vom traditionellen Rollenverständnis von Patienten unterscheidet. Internetinformierte Patienten sind nicht mehr passive Verbraucher von Gesundheitsleistungen, sondern aktive und kritische Konsumenten und Produzenten von Gesundheitsinformation, die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen. Die von manchen Autoren als „e-patients“ bezeichneten Internetnutzer betrachten Ärzte nicht mehr als „Halbgott in Weiß“, sondern als Menschen, die Fehler machen können (Akerkar & Bichile, 2004). Online holen sie deshalb Zweit- und Drittmeinungen ein oder suchen selbstständig nach Erklärungen für Nebenwirkungen von Behandlungen (Anderson & Goodman, 2002).

Wer als Professioneller diese Entwicklung belächelt oder sich ärgert, wenn Patienten mit Ausdrucken von Internetseiten in der Praxis erscheinen, verkennt, dass die Nachfrage nach mehr Information und Austausch unter anderem auch deshalb groß ist, weil viele Gesundheitsfachleute das oben erwähnte Bedürfnis nach Gesundheitsinformation nicht mehr ausreichend befriedigen können. Gefragt nach Gründen, weshalb sie auf dem Internet nach Gesundheitsinformation suchen und sich mit anderen Betroffenen austauschen, gaben viele Patienten an, dass Professionelle aufgrund des Kostendruckes im Gesundheitswesen nur noch wenig Zeit zum Informationsaustausch hätten, kaum verfügbar und unpersönlich seien, und dass die Patienten letztlich das Gefühl hätten, nur suboptimal behandelt zu werden. Abhilfe würden hier die neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten im Internet schaffen (Anderson, Rainey & Eysenbach, 2003).

Wie intensiv das Internet heute für gesundheitsrelevante Zwecke verwendet wird, zeigen auch empirische Daten. In den USA gaben 2005 ca. 80 % aller Internetnutzer an, schon nach Gesundheitsthemen gesucht zu haben, was damals ca. 117 Millionen US-Bürgern entsprach (Fox & Fallows, 2003; Krane, 2005). Da entsprechende Entwicklungen im Internet aufgrund der Vernetztheit aller User immer das Potential einer positiven Rückkoppelung enthalten – je mehr Menschen das Internet für Gesundheitsthemen nutzen, desto mehr Betroffene tauschen sich aus und desto mehr Informationen werden ins Netz gestellt – wird sich insbesondere die Häufigkeit der Nutzung des Internets für Gesundheitsthemen in den nächsten Jahren wohl noch deutlich verstärken.

Wie Herr H. wählen immer mehr Patienten Gesundheitsfachleute auch aufgrund von Informationen aus dem Internet. In einer Befragung von 500 Probanden, die das Internet auch für gesundheitsbezogene Zwecke verwenden, gab ein Drittel der Befragten an, vor Arztbesuchen online nach Informationen über Ärzte oder Spitäler zu suchen (Fox & Rainie, 2002). Und wie Herr H. tragen viele Patienten das im World Wide Web erworbene Gesundheitswissen in die Praxis von Professionellen. In verschiedenen Studien berichteten zwischen 28% und 41% aller internetnutzenden Patienten, über die im Netz gewonnenen Informationen auch mit ihren Gesundheitsfachleuten zu diskutieren (Fox, 2002; Diaz et al., 2002; Diaz, Sciamanna, Evangelou, Stamp & Ferguson, 2005).

Welche Auswirkungen hat diese Entwicklung auf das Verhältnis von Gesundheitsfachleuten und Klienten? Was sind Chancen und Risiken der im Gesundheitswesen durch das Internet veränderten Rahmenbedingungen? In diesem Beitrag wird diesen Fragen nachgegangen. Fokussiert wird dabei nicht auf die Beratung und Therapie, die online vermittelt wird (Online-Beratung bzw. Online-Therapie), sondern auf den Einfluss des Internets auf die traditionelle face-to-face-Beratungssituation, d.h. auf die traditionelle Praxis von Gesundheitsfachleuten.

## 2. Chancen und Risiken der durch das Internet veränderten Rahmenbedingungen

Wie würden Sie auf den oben beschriebenen Patienten Herrn H. reagieren? Die mit dem Internet neu geschaffenen Möglichkeiten dürften bei Professionellen auf durchaus gemischte Auffassungen treffen. Einige werden in Herrn H. einen schwierigen Patienten sehen, der aufgrund von Halbwissen und Fehlinformationen aus dem Internet noch viel schwieriger wird. Andere werden in Herrn H. das Ideal eines informierten und mündigen Patienten erkennen, der mit Unterstützung des Internets selbst Verantwortung für seine Gesundheit übernimmt. Welche Sichtweise ist die richtige? In unterschiedlichen Fällen können sicherlich beide Perspektiven zutreffen. Als Möglichkeiten, die sich im Einzelfall realisieren können, sind auch die im Folgenden dargestellten Vor- und Nachteile bzw. Chancen und Risiken der durch das Internet veränderten Rahmenbedingungen zu verstehen. Für generalisierende Aussagen auf Gruppenebene mangelt es noch an ausreichend gesicherten empirischen Erkenntnissen.

### 2.1. Chancen der neuen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten

In Tabelle 1 werden die in der Literatur oft genannten Chancen der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten für die traditionelle Gesundheitsversorgung zusammengefasst. Ganz allgemein kann die im Internet leicht und unmittelbar zugängliche Gesundheitsinformation den krankheitsbezogenen Wis-

sensstand von Patienten verbessern, was zu einer effizienteren Nutzung von Versorgungseinrichtungen, einer erhöhten Selbstwirksamkeit, einer erhöhten Compliance und letztlich zu einem besseren Behandlungserfolg führen kann (Fleisher, Bauerle-Bass, Burt-Ruzek & McKeown-Conn, 2002; Fox & Fallows, 2003; Gerber & Eiser, 2001; Murray et al., 2003; Wald, Dube & Anthony, 2007).

Mit dem Vorteil einer effizienteren Nutzung von Versorgungseinrichtungen ist gemeint, dass die Zeit während einer Praxiskonsultation nicht erst für die Vermittlung von elementaren Kenntnissen über Krankheitsursachen, Symptome, Prävention und Therapie verwendet werden muss – diese wurden ja von den Patienten über das Internet erarbeitet –, sondern gleich vertieft auf Besonderheiten der individuellen Erkrankung eingegangen werden kann und sich Professionelle und Patienten so schneller auf eine durch beide getragene, individualisierte therapeutische Entscheidung einigen können (Ferguson, 2000). Die Effizienz der Beratung kann dabei sicher auch durch die erleichterte fachspezifische Kommunikation zwischen den gut informierten Patienten und den Professionellen gefördert werden (Robinson, Flowers, Alperson & Norris, 1999).

Ein besserer Behandlungserfolg kann unter anderem mit einer verbesserten Kooperation zwischen Patienten und Professionellen begründet werden. So wurde gezeigt, dass Patienten, die das Internet für die gesundheitsbezogene Informationssuche verwenden, auch eine erhöhte Compliance zeigen, sich also verstärkt daran halten, was ihnen Gesundheitsfachleute verschreiben (Fox & Rainie, 2000). Hierbei handelt es sich wie viele andere empirische Untersuchungen in diesem Bereich um ein korrelatives Ergebnis, welches nicht kausal interpretiert werden darf. Ob also internetinformierte Patienten sich deshalb besser an die Vorgaben der Professionellen halten, weil sie besser informiert sind, oder ob jene Patienten, die eine erhöhte Compliance zeigen, grundsätzlich stärker veränderungsmotiviert sind und sich deshalb auch Informationen im Internet holen, bleibt ungeklärt. Vorsichtig kann aber vermutet werden, dass die erhöhte Kooperationsbereitschaft bei Internetnutzern auch damit zusammenhängt, dass die gemeinsame Verantwortung für die Behandlung im Rahmen einer partnerschaftlichen Entscheidungsfindung besser erkennbar wird und dies die Compliance fördert (Gerber & Eiser, 2001). Des Weiteren bieten die im Internet verfügbaren Gesundheitsinformationen auch gute Möglichkeiten, das von Professionellen vermittelte Wissen nachträglich zu vertiefen, was die Aufrechterhaltung der Compliance fördern kann (Wald et al., 2007).

Schließlich ermöglichen die neuen, internetbasierten Informationsmöglichkeiten, Symptome und deren Gefahren früher im Krankheitsverlauf zu erkennen und rascher professionelle Hilfe zu suchen (Laing, Hogg & Winkelmann, 2004). Generell fördert die leichte Verbreitbarkeit von internetbasierten Informationen den Trend hin zu mehr Prävention und gesundheitsfördernden Maßnahmen im Gesundheitswesen (Anderson et al., 2003).

► **Tabelle 1. Chancen und Risiken der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten für die traditionelle Gesundheitspraxis.**

Chancen der internetbasierten Informationsmöglichkeiten	Risiken der internetbasierten Informationsmöglichkeiten
<ul style="list-style-type: none"> <li>• besserer Wissensstand der Patienten</li> <li>• effizientere Nutzung von Versorgungseinrichtungen: Gesprächszeit kann sinnvoller genutzt werden</li> <li>• erleichterte Kommunikation über Krankheit zwischen Patienten und Professionellen</li> <li>• bessere Kontrolle über die Krankheit/ erhöhte wahrgenommene Selbstwirksamkeit</li> <li>• bessere Kooperation zwischen Professionellen und Patienten aufgrund einer durch den Patienten besser erkennbaren gemeinsamen Verantwortung für die Behandlung (erhöhte Compliance)</li> <li>• erleichterte gemeinsame Entscheidungsfindung (Shared Decision Making)</li> <li>• mehr Möglichkeiten zur nachträglichen Vertiefung der von Professionellen vermittelten Information</li> <li>• früheres Erkennen von Krankheitssymptomen und deren Gefahren und rascheres Aufsuchen professioneller Hilfe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität vieler Internetseiten ist fraglich</li> <li>• Selektion von qualitativ guten Internetseiten ist aufgrund der Unübersichtlichkeit und Unkontrollierbarkeit des Netzes schwierig</li> <li>• Risiko unangemessener Selbstdiagnosen und gefährlicher Selbstbehandlungen steigt</li> <li>• einige Internetseiten mit kommerziellen Interessen fördern Gesundheitsängste oder unrealistische Hoffnungen</li> <li>• verstärkte Informiertheit verursacht mehr unnötige Arztbesuche oder aber Gesundheitsfachleute werden nicht aufgesucht, obwohl es nötig wäre</li> <li>• Verschärfung der sozialen Ungleichheit im Gesundheitswesen: ältere, schlechter gebildete und ärmere Bevölkerungsgruppen haben nur eingeschränkt Zugang zu den internetbasierten Informationen</li> </ul>

### 2.2. Risiken der neuen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten

In Tabelle 1 sind neben Chancen auch mögliche Risiken der neuen internetbasierten Informationsmöglichkeiten aufgeführt. Eine der größten Herausforderungen ist sicherlich die Tatsache, dass sich die Qualität der inzwischen unüberschaubaren Masse an gesundheitsbezogenen Informationsseiten stark unterscheidet. Da heute

fast jede Person einen eigenen Internetauftritt aufbauen kann, können leicht auch offensichtliche Falschinformationen und Halbwahrheiten verbreitet werden. Kommerzielle Anbieter können aufgrund ihrer Interessen bewusst unangemessene Gesundheitsängste oder unrealistische Hoffnungen wecken und entsprechende Versprechungen auch in schicken Layouts verpacken.

Was also ein großer Vorteil der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten sein kann, nämlich dass das Internet zu einem besseren Wissenstand der Patienten, einer effizienteren Nutzung des Versorgungssystems und einem besseren Therapieerfolg führt, kann sich aufgrund unseriöser Internetangebote ins Gegenteil verkehren. Online gewonnenes Falschwissen kann zum Beispiel unnötige Arztbesuche verursachen oder dazu führen, dass Professionelle lange mit Patienten argumentieren müssen, um Halbwahrheiten zu korrigieren. Unangemessene Selbstdiagnosen und daraus abgeleitete Selbstbehandlungen können gar gefährlich werden.

Sich in der unübersichtlichen und überwältigenden Vielfalt von gesundheitsbezogenen Angeboten zurechtzufinden und qualitativ gute von unseriösen Angeboten zu trennen ist für die meisten Betroffenen schwierig. Hilfreich für die Bewertung der Qualität von Angeboten kann die Einhaltung bestimmter Gütekriterien sein, zum Beispiel den von der Health on the Internet Foundation (HON) definierten Kriterien (HONcode) für medizinische und gesundheitsbezogene Webseiten (<http://www.hon.ch>). Wer als Anbieter die acht definierten Prinzipien, den sog. HONcode einhält (z.B. die Internetseiten müssen Angaben über die Qualifikation der Verfasser und über die Finanzierungsquellen der Angebote ausweisen) kann seine Internetseiten akkreditieren lassen und darf – bei Einhaltung der Richtlinien – das HONcode-Gütesiegel auf seinen Seiten platzieren. Wer gesundheitsbezogene Informationen sucht, kann die Suchmaschine dieser Nonprofit-Organisation verwenden, die nur akkreditierte Angebote auflistet (<http://www.hon.ch/HONcode/Hunt/>).

Korrigierend auf die Qualität von Internetangeboten wirkt sich in den letzten Jahren auch eine Entwicklung positiv aus, die unter dem Begriff „Web 2.0“ diskutiert wird (Berger & Caspar, 2008). In „Web 2.0“-Anwendungen werden Inhalte von Webseiten vermehrt partizipativ und im Rahmen einer Kollaboration von vielen Internetnutzern erstellt. Eine der bekanntesten „Web 2.0“-Anwendungen ist die freie Enzyklopädie Wikipedia (<http://www.wikipedia.org>), in welcher die Definition und Beschreibung von Begriffen zu 100% von den Nutzern stammen. Zu einem bestimmten Begriff werden dabei nicht viele verschiedene, nebeneinander existierende Internetseiten gestaltet, in Wikipedia einigen sich die Nutzer kollaborativ auf eine einzige Definition. Fehlerhafte oder unausgewogene Beiträge werden in diesem zutiefst demokratisch strukturierten System rasch und laufend korrigiert.

Auch die von Herrn H. (siehe „klinisches Szenario“) genutzte Internetplattform, auf welcher Ärzte und Psychotherapeuten von Ihren Patienten zentral bewertet werden (<http://psych-review.blogspot.com>), ist eine kollaborativ-partizipative „Web 2.0“-Anwendung. Hier beschreiben Patienten, wie sie Professionelle

wahrgenommen haben, ob ihnen geholfen werden konnte und wie sie die Ärzte und Psychotherapeuten auf einer Skala von 1 bis 10 einschätzen. Ob sich diese sehr neue und deshalb schwierig zu beurteilende Entwicklung letztlich qualitäts-sichernd auswirkt, ist sehr fraglich. Auffällig an den Bewertungen auf der zitierten Internetseite (<http://psych-review.blogspot.com>) ist, dass praktisch nur Extremmeinungen vertreten werden. Ein Arzt oder Psychotherapeut wird entweder als sehr gut oder als sehr schlecht bewertet. Es ist zu vermuten, dass momentan nur jene Patienten entsprechende Angebote nutzen, die besonders gute oder schlechte Erfahrungen zu berichten haben. Außerdem würde manch ein Professioneller hinter den teils sehr negativen Beiträgen und Bewertungen wohl auch zwischenmenschlich sehr schwierige Patienten vermuten. Entsprechende Selektionseffekte verhindern, dass bei dieser „Web 2.0“-Lösung eine ausgewogene und repräsentative Meinung wiedergegeben wird.

Als Nachteil der neuen gesundheitsbezogenen Informationsmöglichkeiten gilt neben der schlechten Qualität mancher Internetangebote auch der für bestimmte Bevölkerungsgruppen nur eingeschränkte Zugang zu internetbasierten Angeboten. Kritisiert wird, dass ältere, schlechter gebildete und ärmere Bevölkerungsgruppen weniger Zugang zu internetbasierten Gesundheitsinformationen haben als jüngere, reichere und besser gebildete Menschen. Dieses Muster konnte in einer groß angelegten Studie von Murray et al. (2003) auch im Hinblick auf die Suche nach gesundheitsbezogenen Themen bestätigt werden, wobei die Bildung den wichtigsten Einflussfaktor darstellte. Das Internet kann also das soziale Ungleichgewicht im Gesundheitswesen verstärken.

### **3. Konsequenzen internetbasierter Gesundheitsangebote auf die Beziehung zwischen Professionellen und Klienten**

Die genannten Chancen und Risiken können einen positiven oder negativen Effekt auf Patienten, Professionelle und deren Beziehung haben. Im Idealfall und unter Nutzung aller möglichen Vorteile der veränderten Rahmenbedingungen sind „e-patients“ informierte, engagierte, proaktive, verantwortungsbewusste und kooperative Klienten. Im schwierigsten und schlechtesten Fall haben es Gesundheitsfachleute mit fehlinformierten, verwirrten, ausgenutzten, enttäuschten, verängstigten oder fordernden Patienten zu tun.

Welche Rolle internetinformierte Klienten letztlich einnehmen und wie sich die Beziehung zu Professionellen gestaltet, hängt nicht nur von den Internetangeboten und den Patienten ab, sondern auch davon, wie sich Professionelle mit den entsprechenden Klienten in Beziehung setzen und wie sie mit den internetbasierten Informationen der Patienten umgehen. Traditionell nahmen in der Medizingeschichte Ärzte die paternalistisch autoritäre Rolle der einseitig Wissenden ein,

verfassten Rezepte lateinisch und oft auffällig unleserlich, was eine echte Interaktion, Transparenz und den gegenseitigen Informationsaustausch verhinderte. Mit den neuen Möglichkeiten des Internets werden Patienten in diesem traditionell unausgebalancierten Verhältnis gestärkt und nehmen eher die Rolle von gleichberechtigten Partnern ein. Erste empirische Ergebnisse weisen tatsächlich darauf hin, dass die Nutzung des Internets durch Patienten mit einer veränderten Beziehung zwischen Professionellen und Klienten zusammenhängt. In einer Untersuchung von Fleisher et al. (2002) schätzten Internetnutzer die Beziehung zu ihren Ärzten signifikant stärker als partnerschaftlich ein als Nicht-Nutzer und schrieben die Verantwortung für Entscheidungen signifikant häufiger auch sich selbst und nicht nur den Ärzten zu. Halten Ärzte in dieser veränderten Situation an einer autoritären Haltung fest und werden die webbasierten Erklärungen nicht ernst genommen (z.B. „ich bin hier der Arzt“), kann dies einen negativen Einfluss auf die Beziehung und die Patientenzufriedenheit haben, wie in einer Untersuchung von Bylund et al. (2007) gezeigt werden konnte.

Da viele Gesundheitsfachleute gar weniger Wissen und Fähigkeiten im Umgang mit den neuen Medien als ihre Patienten haben und Klienten deshalb bezüglich bestimmter Themen auf dem aktuelleren Wissensstand sein können, kann die Beziehungsänderung für viele Professionelle eine besonders große Herausforderung darstellen (Anderson et al., 2003). Oder, wie die New York Times schrieb: „The fact that patients are taking the initiative to look out for the latest research results stands on its head the tradition in which a doctor gives orders and the patient obeys. And that makes some doctors nervous“ (New York Times, 1998, 9. Juli).

## 4. Heuristiken zum Umgang mit „e-patients“

Was sind günstige und ungünstige Verhaltensweisen von Gesundheitsfachleuten im Umgang mit „e-patients“? Zum Schluss dieses Beitrages werden heuristische Regeln aufgeführt, die wichtigen Besonderheiten von internetinformierten Klienten gerecht werden. Alle dargestellten Heuristiken erhöhen kurzfristig den Gesprächsaufwand und könnten deshalb – vor dem Hintergrund des zunehmenden Kostendruckes im Gesundheitswesen – als in der Praxis nicht realisierbar wahrgenommen werden. Professionelle sollten aber berücksichtigen, dass die kurzfristig aufwändigeren Interventionen längerfristig Komplikationen verhindern und letztlich den Gesamtaufwand reduzieren können.

Die dargestellten therapeutischen Verhaltensweisen werden wichtigen Bedürfnissen und Motiven von „e-patients“ gerecht und folgen dem im Bereich der Psychotherapie ausgearbeiteten Konzept der komplementären bzw. motivorientierten Beziehungsgestaltung (Caspar, 1996; Grawe, 1992). Die Realisierung einer motivorientierten Beziehungsgestaltung begünstigt eine gute Therapiebeziehung,

geht mit geringeren Abbruchraten einher und kann zu einem besseren Therapieerfolg führen (Caspar, Grossmann, Unmüssig & Schramm, 2003; Grawe, Caspar & Ambühl, 1990;).

- *Betrachten Sie internetbasierte Informationen grundsätzlich als Chance für eine gute, partnerschaftliche Beziehung:* In verschiedenen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass Gesundheitsfachleute gegenüber online-Informationen sehr viel kritischer eingestellt sind als Patienten (Anderson et al., 2003). Diese Einstellung kann wichtige Motive von informierten Patienten wie „als kompetenter Partner ernst genommen zu werden“ bedrohen und die therapeutische Beziehung beeinträchtigen.
- *Respektieren Sie „e-patients“ als proaktive, engagierte Patienten, die ein günstiges Bewältigungsverhalten zeigen:* Sich über die eigene Krankheit zu informieren kann die individuelle Bewältigungskompetenz im Umgang mit der Erkrankung und ihren Folgen, sowie die Compliance und eine Änderung der Lebensweise fördern. Unterstützen Sie deshalb das Verhalten der Klienten, welches wichtigen Motiven wie „suche Hilfe“, „unternimm was gegen die Krankheit“, „sei kompetent“ oder „gewinne die Kontrolle über die Krankheit“ dienen kann, und verstärken Sie dieses gesunde Bewältigungsverhaltens (z. B. „Sie haben toll gearbeitet und viele für Sie sehr nützliche Informationen gefunden.“).
- *Anerkennen und schätzen Sie Erklärungsmodelle von „e-patients“ in einem ersten Schritt auch dann, wenn bestimmte Informationen nach professionellem Wissenstand offensichtlich falsch sind:* Selbst wenn Erklärungsmodelle der Klienten offensichtlich falsch sind, sollte die Sichtweise des Gegenübers in einer partnerschaftlichen Beziehung erstmal wertgeschätzt werden. Vor dem Hintergrund der den Patienten zur Verfügung stehenden Information, dem subjektiven Wissens- und Erfahrungsstand der Klienten und ihren Ängsten wird immer verständlich, wie und weshalb die Patienten eine bestimmte Sichtweise vertreten. Verdeutlichen Sie sich dies und validieren Sie die Patienten (z. B. „Aufgrund Ihrer Erfahrungen und der von Ihnen gefundenen Information kann ich verstehen, wie Sie auf diese Erklärung kommen ...“).
- *Sind die Informationen der Patienten aus Ihrer Perspektive falsch, führen Sie in einem zweiten Schritt ihre Sichtweise als alternative Erklärung ein* (z. B. „... nachdem was ich von Ihnen erfahren habe, ziehe ich eine etwas andere Schlussfolgerung. Soll ich diese andere Sicht mal darstellen?“) *und benennen Sie die Fakten, die für oder gegen die eine oder andere Erklärung sprechen:* Durch die Anerkennung und Wertschätzung der Erklärung der Klienten wird die motivationale Voraussetzung geschaffen, dass wichtige Motive wie „sei kompetent“, „suche Wertschätzung“ oder „werde ernst genommen“ nicht bedroht werden, ein Patient seine Position nicht verteidigen muss und sich letztlich auf alternative Erklärungen einlassen kann. In diesem Kontext sollten auch die Fakten transparent gemacht werden, die für die eine oder andere Sicht sprechen.
- *Versuchen Sie gemeinsam eine Behandlungsentscheidung zu finden („shared decision making“):* Die partizipative Entscheidungsfindung, d. h. die durch



Professionelle und Patienten gemeinsam verantwortete Übereinkunft bezüglich Behandlungsplan, kann sich günstig auf die Therapiebeziehung, die Compliance und das Behandlungsergebnis auswirken (Frosch & Kaplan, 1999; Kaplan, Greenfield, Gandek, Rogers & Ware, 1996). „E-patients“ bringen die hierfür notwendige Motivation und Informiertheit mit. Fördern Sie das wichtige Bedürfnis nach Autonomie und die Bereitschaft, selbst Verantwortung zu übernehmen.

*Machen Sie sich mit den in Ihrem Fachbereich qualitativ guten Internetangeboten vertraut und empfehlen Sie diese an Patienten:* Indem Sie selbst aktiv werden und Ihren internetnutzenden Klienten seriöse Angebote empfehlen, werden Sie wichtigen motivationalen Bereitschaften und Fähigkeiten von „e-patients“ gerecht und helfen ihnen, die Vorteile des Internets optimal zu nutzen.

## 5. Literaturverzeichnis

- AKERKAR S. M. & BICHILE L. S. (2004). Doctor-patient relationship: changing dynamics in the information age. *Journal of Postgraduate Medicine*, 50, 120–122.
- ANDERSON J. G. & GOODMAN K. W. (2002). *Ethics and Information Technology: A Case-Based Approach to a Health Care System in Transition*. New York: Springer.
- ANDERSON J. G., RAINEY M. R. & EYSENACH G. (2003). The impact of cyperhealthcare on the physician-patient relationship. *Journal of Medical Systems*, 27 (1), 67–84.
- BERGER T. & CASPAR F. (2008). Von anderen Patienten lernen. Konsequenzen neuer Entwicklungen im Internet für webbasierte, psychotherapeutische Angebote. *Psychotherapeut*, 53(2), 130–137.
- BYLUND C. L., GUEGUEN J. A., SABEE C. M., IMES R. S., LI Y. & SANFORD A. A. (2007). Provider-patient dialogue about internet health information: An exploration of strategies to improve the provider-patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 66, 346–352.
- CASPAR F. (1996). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. (2. überarbeitete Auflage). Bern: Huber.
- CASPAR F., GROSSMANN C., UNMÜSSIG C., & SCHRAMM E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behavior, Interpersonal Patterns, and Therapeutic Effects. *Psychotherapy Research*, 15, 91–102.
- DIAZ J. A., GRIFFITH R. A., NG J. J., REINERT S. E., FRIEDMANN P. D. & MOULTON A. W. (2002). Patients' use of the internet for medical information. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 180–185.
- DIAZ J. A., SCIAMANNA C. N., EVANGELOU E., STAMP M. J. & FERGUSON T. (2005). Brief Report: what types of internet guidance do patients want from their physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 20, 683–685.
- ENDE J., LEWIS K., ASH A. & MOSKOWITZ M. (1989). Measuring patients' desire for autonomy: Decision making and information seeking preferences among medical patients. *Journal of General Internal Medicine*, 4, 23–50.
- FERGUSON T. (2000). Online patient-helpers and physicians working together: a new partnership for high quality health care. *British Medical Journal*, 321, 1129–1132.

- FLEISHER L., BAUERLE-BASS S., BURT-RUZEK S. & MCKEOWN-CONN N. (2002). Relationships among Internet health information use, patient behavior and self-efficacy in newly diagnosed cancer patients. *Proceedings of the AMIA 2002 Annual Symposium*, 260–264.
- FOX S. (2006). *Online Health Search 2006*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project.
- FOX S. & FALLOWS D. (2003). *Internet health resources*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project.
- FOX S., & RAINIE L. (2000). *The online-health care revolution: How the web helps Americans take better care of themselves*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project.
- FOX S. & RAINIE L. (2002). *Vital decisions: how Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick*. [On-line]. Available: [http://www.pewinternet.org/PPF/r/59/report\\_display.asp](http://www.pewinternet.org/PPF/r/59/report_display.asp).
- FROSCH D. L. & KAPLAN R. M. (1999). Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions. *American Journal of Preventive Medicine*, 17, 285–294.
- GERBER B. & EISER A. (2001). The patient–physician relationship in the internet age: future prospects and the research agenda. *Journal of Medical Internet Research*, 3 (2), e15.
- GRAWE K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In: Margraf J. & Brengelmann J. C. (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215–244). München: Röttger.
- GRAWE K., CASPAR F. & AMBÜHL H. R. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie: Prozessvergleich. In: Differentielle Psychotherapieforschung: Vier Therapieformen im Vergleich. Themenheft der *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 316–337.
- KAPLAN S. H., GREENFIELD S., GANDEK B., ROGERS W. H. & WARE J. E. (1996). Characteristics of physicians with participatory decision-making styles. *Ann Intern Med*, 124 (5), 497–504.
- KRANE D. (2005). *The Harris Poll*. [On-line]. Available: [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2005Vol5\\_Iso8.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2005Vol5_Iso8.pdf).
- LAING A., HOGG G. & WINKELMANN D. (2004). Healthcare and the information revolution: reconfiguring the healthcare service encounter. *Health Service Management Research*, 17, 188–199.
- MURRAY E., LO B., POLLACK F., DONELAN K., CATANIA J., WHITE M. et al. (2003). The impact of health information in the internet on the physician–patient relationship. *Archives of Internal Medicine*, 163, 1727–1734.
- NEW YORK TIMES. (1998, 9. Juli). Can the Internet cure the common cold? [On-line]. Available: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?res=9E07E1DE1E3EF93AA35754CoA96E958260>
- ROBINSON C., FLOWERS C., ALPERSON B. & NORRIS K. (1999). Internet access and use among disadvantaged inner-city patients. *Journal of the American Medical Informatics Association (JAMIA)*, 281, 988–989.
- WALD H. S., DUBE C. E. & ANTHONY D. C. (2007). Untangling the Web – The impact of Internet use on health care and the physician–patient relationship. *Patient Education and Counseling*, 68, 218–224.

# Internetnutzung und Sexualität aus gesundheitspsychologischer Perspektive

Christiane Eichenberg\*

## 1. Einleitung

In der Auseinandersetzung mit sexuellen Internetaktivitäten war sowohl der fachliche als auch der öffentliche Diskurs lange Zeit stark polarisiert: Pauschal-alarmierenden Annahmen, die sexuelle Nutzungsformen weitgehend mit pathologischen und kriminellen Phänomenen gleichsetzten und deren Vertreter somit zum Kampf gegen Cybersexsucht, Cyberprostitution, virtuelle Belästigung und Online-Kinderpornografie aufforderten, standen undifferenziert-beschwichtigende Stimmen gegenüber, die Online-Sexualität marginalisierten.

Beide Positionen waren extrem und verstellten den Blick darauf, differenziert zu verstehen was Menschen sexualbezogen im Netz tun. Fruchtbarer als Online-Sexualität entweder zu marginalisieren oder pauschal zu pathologisieren bzw. kriminalisieren, ist sie in ihren vielfältigen Erscheinungsformen und Funktionen differenziert und empirisch fundiert zu beleuchten. Sexuelle Internetaktivitäten können ganz unterschiedlich sein und umfassen ein breites Spektrum verschiedener Nutzungsweisen.

Menschen können auf mehrfache Weise mit Online-Sexualität konfrontiert werden – von der *selbst gewollten* und bewusst initiierten Nutzung des Netzes für sexualbezogene Aktivitäten, über *indirekte Konfrontation*, beispielsweise durch exzessiven Konsum von Erotika und Pornografie des Partners oder durch Fremd-

---

\* Korrespondenzadresse: Christiane Eichenberg, Institut für Klinische Psychologie und Psychologische Diagnostik – Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität zu Köln, Höninger Weg 115, 50969 Köln, Deutschland, E-Mail: eichenberg@uni-koeln.de, [www.christianeeichenberg.de](http://www.christianeeichenberg.de)

gehen der Partnerin mit einer im Internet aufgebauten Romanze, bis hin zu *unge wollter Konfrontation*, wie z.B. durch Übergriffe in Online-Foren bis hin zur pädophil motivierten Kontaktaufnahme zu Kindern und Jugendlichen (siehe Döring, 2003).

Im Folgenden wird schwerpunktmäßig auf die Betrachtung sexualbezogener Internetaktivitäten aus gesundheitspsychologischer Perspektive Bezug genommen und dabei die selbst gewählte Online-Sexualität fokussiert. Dabei werden verschiedene Nutzungsformen anhand von Beispielen illustriert sowie die Chancen als auch Probleme, die mit der jeweiligen sexualbezogenen Aktivität verbunden sind, diskutiert, denn jeder Nutzungsbereich besitzt sowohl salutogene als auch pathogene Potenziale. Für verschiedene Facetten der ungewollten Online-Sexualität sei auf Eichenberg (2006) verwiesen.

## 2. Selbst gewählte Online-Sexualität

Die selbst gewählte Online-Sexualität umfasst ein breites Spektrum von Aktivitäten.

Internetnutzer rezipieren sexualbezogene Aufklärungs- und Informationsseiten und betreiben Meinungs- und Erfahrungsaustausch über Foren (2.1). Bei sexualbezogenen Fragen können sie sich an spezielle Online-Beratungsangebote wenden (2.2). Darüber hinaus zählt neben dem Abruf von Erotika und Pornografie auch die Produktion von eigenem sexualbezogenem Material, das über Homepages und Weblogs publiziert wird, zu den sexualbezogenen Internetaktivitäten (2.3). Nicht zuletzt schafft das Internet auch einen Raum für direkte sexuelle Interaktion (Cybersex) und die Anbahnung von romantischen Beziehungen (Cyberliebe) (2.4).

### 2.1. Informationsmaterialien und Meinungs- und Erfahrungsaustausch

Sexualbezogene *Informationsangebote* sind im Internet in großer Zahl zu finden (siehe Eichenberg, 2001b). Entsprechende WWW-Seiten werden von unterschiedlichen Anbietern realisiert (wissenschaftliche Einrichtungen, gemeinnützige Vereine, einzelne Fachleute wie Ärzte/Psychologen oder Laien). Manche sind allgemeiner Natur (z.B. das Online-Lexikon „Sexualität“ [[www.onmeda.de/sexualitaet\\_und\\_partnerschaft/lexikon\\_der\\_sexualitaet/](http://www.onmeda.de/sexualitaet_und_partnerschaft/lexikon_der_sexualitaet/)]), andere richten sich an bestimmte Zielgruppen (z.B. Jugendliche [[www.sextra.de/](http://www.sextra.de/)], marginalisierte sexuelle Subkulturen [z.B. [www.datenschlag.org/](http://www.datenschlag.org/)]) oder fokussieren bestimmte sexuelle Störungen oder Problembereiche (z.B. Impotenz [[www.impodoc.de/](http://www.impodoc.de/)]). Genauso verhält es sich bei virtuellen *Diskussionsangeboten*: Anbieter- sowie Zielgruppen sind ebenso heterogen, es gibt keine sexuelle Begehrensform, kein sexualbezogenes Problem oder Störung, für die es kein spezifisches Forum gibt. Manche Diskussionsplattformen

haben keinerlei Zugangsbeschränkungen, andere sind bestimmten Personengruppen vorbehalten, um Schutzräume gewährleisten zu können (z.B. das Forum für von Vaginismus Betroffene [[de.groups.yahoo.com/group/Vaginismus-Germany](http://de.groups.yahoo.com/group/Vaginismus-Germany)]). Ein weiteres Unterscheidungskriterium ist, ob der Erfahrungsaustausch von Professionellen moderiert wird oder nur unter Betroffenen stattfindet.

Die Vor- und Nachteile von sexualbezogener Information und Diskussion im Internet lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

*Sexualbezogene Informationssysteme* im WWW können eine geeignete Quelle zur Unterstützung der Sexualaufklärung sein (vgl. Barak, 2001; Goldman, 2001). Sie weisen gegenüber gedruckten Materialien eine Reihe von Vorteilen auf: Sie sind kostenlos, decken ein breites Themenspektrum ab und sind von jedem Ort aus und rund um die Uhr zugreifbar. Darüber hinaus ist der Umgang mit ihnen diskret, weil sie anonym abgerufen werden können. Gerade bei prekären Fragen und Problemen, wie sexualbezogene per se sind, bietet das Internet damit eine viel niederschwelligere Zugangsmöglichkeit zu solchen Informationen als beispielsweise der Gang in eine Buchhandlung oder Bibliothek. Zudem bringt – gerade wenn es um Aufklärungs- und Ratgeberseiten geht – die Verbindung des Infoangebots mit Kontaktmöglichkeiten (z.B. per E-Mail) einen wichtigen Mehrwert gegenüber herkömmlichen Broschüren: Man kann zunächst schriftlich und anonym fachlichen Rat einholen, was die Schwelle zu weiteren telefonischen oder persönlichen Beratungsangeboten senkt. Die besondere Gefahr von Infoangeboten im Netz liegt jedoch in seiner anarchischen Struktur, die einerseits offenen Meinungsaustausch ohne Zensur ermöglicht, wodurch aber andererseits die Qualität der zur Verfügung gestellten Informationen, und damit auch deren Nützlichkeit, in Frage gestellt wird. Somit können Falsch- oder Fehlinformationen verbreitet werden, die erhebliche negative Folgen für das psychische und das körperliche Wohlbefinden haben können. Ebenso zu denken ist an Kinder und Jugendliche, wenn Internetinformationen deren erste und einzige Quelle der Aufklärung sind (zur Diskussion um die Einbindung des Internet in die schulische Sexualpädagogik siehe Burda & Helfferich, 2005; zu den Auswirkungen der Internetnutzung auf die sexuelle Entwicklung von Jugendlichen siehe Boies, 2004; Suzuki, 2004; zur Qualität sexualpädagogischer WWW-Seiten im internationalen Raum vgl. Keller, 2002).

*Sexualbezogene Diskussionsforen* ermöglichen den offenen Austausch über die eigenen sexuellen Erfahrungen sowie über Themen, die sexuell konnotiert sind (z.B. Brustkrebs [[www.brustkrebs.net](http://www.brustkrebs.net)], sexualisierte Gewalt [[www.sexuelle-gewalt.de](http://www.sexuelle-gewalt.de)]). Solche Themen sind nach wie vor heikel und häufig schambesetzt, und werden im engsten Familien- und Freundeskreis eher selten angesprochen, was gerade im Falle von Problemen Gefühle von Hilflosigkeit, Unsicherheit und Einsamkeit hervorruft. Auch wenn diverse Einrichtungen Unterstützungsangebote realisiert haben (z.B. Frauengesundheitszentren, Männerberatungsstellen), so erreichen sie nur einen Bruchteil der Betroffenen. Entsprechende Netzangebote ergänzen also die Infrastruktur und kommen insbesondere denjenigen zugute, die es besonders schwer haben, im „realen Leben“ entsprechende Unterstützung zu

finden, wie z.B. Menschen mit marginalisierten sexuellen Begehrensformen. Somit kann die passive oder aktive Partizipation an einem entsprechend ausgerichtetem Forum mehrere Funktionen erfüllen: Es kann Selbstakzeptanz fördern und Isolierung entgegenwirken. Im Austausch mit anderen die Erfahrung zu machen, mit bestimmten sexuellen Problemen und Gefühlen nicht alleine dazustehen, ist entlastend, kann neues Lernen ermöglichen und dazu beitragen, dass die gewonnen Erfahrungen ins „real life“ übertragen werden. Solche Entwicklungsprozesse können bestehenden sexuellen Problemen und Störungen nicht nur heilsam entgegenwirken, sondern solchen sogar vorbeugen.

Sexualbezogene Diskussion im Internet bringt jedoch auch Schattenseiten mit sich. Auf die eigenen heiklen Selbstoffenbarungen kann unsensibel oder beleidigend reagiert werden, sexuelle Belästigung z.B. von pädophil veranlagten Menschen in Foren von als Kind sexuell Missbrauchten zerstört nicht nur den geschützten Raum der Betroffenen, sondern kann auch retraumatisierende Effekte haben. Ebenso kann der Ratsuchende im Forum enttäuscht werden, wenn sein Anliegen missverstanden oder ignoriert wird. Diese potenziellen Negativ-Effekte können durch Netzkompetenz kompensiert werden; das Kennen der spezifischen Strukturen und Kommunikationsbedingungen des Internet hilft, seine Potenziale auszuschöpfen.

Generell ist Online-Support nicht als Konkurrenz, sondern als Erweiterung der bestehenden Beratungs- und Therapie-Infrastruktur zu verstehen. Vielfach weist sich die Thematisierung eines sexualbezogenen Problems im Netz als erster Schritt zu einer weiteren Beschäftigung mit dem Thema. Laien ermutigen sich gegenseitig, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen und weisen sich auf entsprechende Anlaufstellen hin.

Die Kontaktaufnahme zu Fachkräften kann zunächst auch online geschehen, indem eine professionelle Sexual-Beratung im Internet in Anspruch genommen wird.

### 2.2. Sexualbezogene Online-Beratung

*Fallbeispiel: [Auszug aus einer Online-Beratungsanfrage]*

*Hallo ich bin 16, männlich, noch Jungfrau und hab' folgendes Problem:*

*Ich habe seit einem halben Jahr ein Mädels als meine beste Freundin. Wir reden oftmals ganz Nächte durch und lachen einfach ständig zusammen, vertrauen uns komplett und sind immer für einander da. Ich spüre in letzter Zeit irgendwie, dass ich es fantastisch finde einem Menschen so nahe sein zu dürfen und würde gerne mit ihr schlafen, um ihr einfach noch vertrauter zu sein oder so – ich weiss nicht genau warum. Es ist nur so ein Gefühl, dass ich ihr das gerne zeigen möchte. Aber ich weiss nicht, ob es richtig wäre mit seiner besten Freundin zu schlafen. Zumal sie einen Freund hat. Ich bin verwirrt.*

Psychosoziale Online-Beratungsangebote zu sexuellen Störungen und Problemen lassen sich anhand einiger Dimensionen klassifizieren. Sie unterscheiden sich hin-

sichtlich der dahinter stehenden *Institution* (es existieren Angebote von niedergelassenen Therapeuten/Beratern, Gesundheitseinrichtungen), der *Ausbildung* des Beratenden (Art, Psychologe, Sozialarbeiter, Sozialpädagoge etc.), bezüglich des *Netzdiensts* (E-Mail, Chat, Forum, Videokonferenz) über den die Beratung realisiert wird und dem *Grad der Kommerzialisierung*. So existieren kommerzielle [z.B. [www.psychologe.de](http://www.psychologe.de)], nicht-kommerzielle [z.B. [www.das-beratungsnetz.de](http://www.das-beratungsnetz.de)] und semi-kommerzielle Beratungsangebote, die für bestimmte Beratungsanlässe/Zielgruppen kostenlos sind. Ebenso sind manche Angebote auf *bestimmte sexualbezogene Probleme und Störungen spezialisiert* [z.B. Sexualität und geistige Behinderung: Lebenshilfe e.V. Berlin, Projekt Liebe, Lust & Frust: [www.lebenshilfe-berlin.de](http://www.lebenshilfe-berlin.de)].

Professionelle Online-Beratung zu sexualbezogenen Themen hat grundsätzlich dieselben Vorteile aber auch Probleme wie Online-Beratung insgesamt (siehe Ott & Eichenberg, 2002; Laszig & Eichenberg, 2003; Eichenberg, 2004b).

Ein Vorteil netzbasierter Beratungsangebote ist, dass damit Zielgruppen erreicht werden können, die ggf. den Weg in eine herkömmliche Beratungseinrichtung nicht gefunden hätten wie z.B. Internet-Nutzer/innen, die in einer Region mit schlechter psychosozialer Infrastruktur leben oder die aufgrund von körperlichen Behinderungen oder starker psychischer Beeinträchtigung ans Haus gebunden sind.

Ebenso kommt manchen Personen die Anonymität der Kommunikationssituation durch fehlende körperliche Präsenz im Internet entgegen, so beispielsweise Personen, die aufgrund von Schwellenängsten eine traditionelle Beratungsstelle scheuen. Dieser Punkt ist gerade bei sehr prekären Themen – so auch die Sexualität betreffend – besonders virulent. Eng damit zusammenhängend ist ein höheres Ausmaß an subjektiver Kontrolle: Der Ratsuchende entscheidet ganz allein, wann er in eine Beratungssituation eintritt, wann er bei der E-Mail-Beratung seine Anfrage schickt, ob er es zu einer zweiten Kontaktaufnahme kommen lässt, ob er ein Feedback über den Beratungsverlauf gibt – und vor allem: wie viele und welche Informationen er von sich preis gibt. Ein weiterer Vorteil ist, dass der gesamte Beratungsprozess automatisch dokumentiert ist, was zum einen für den Ratsuchenden den Vorteil hat, seine Lösungsschritte mitverfolgen zu können und für den Berater ein gutes „Sitzungs-Protokoll“ darstellt; andererseits kann die Möglichkeit der Archivierung deutlichen Einfluss auf die Unbefangenheit der eigenen Formulierungen haben, gerade auch der des Beraters, weil sich hier gegenüber dem Träger oder auch juristisch (Kunstfehler, Schadensersatzansprüche etc.) andere Verbindlichkeiten ergeben.

Eine Studie an  $N = 134$  Nutzern des sexualbezogenen Online-Beratungsangebots „Sextra“ von Pro Familia [[www.sextra.de](http://www.sextra.de)] (Eichenberg, 2007), das sich vorwiegend an Jugendliche und Adoleszente richtet, zeigte, dass die wichtigsten Gründe für die Konsultation der E-Mail-Beratung in den medienimmanenten Besonderheiten der zeitversetzten und schriftlichen Kommunikation lagen: die einfache und schnelle Erreichbarkeit sowie die Möglichkeit eines anonymen bzw. pseudonymen Hilfesuchens waren die ausschlaggebendsten Gründe für die Nutzung dieses internetbasierten Angebots. Weniger ausschlaggebend für die Nutzung



von „Sextra“ schienen persönliche Schamsschwellen – auf die E-Mail-Beratung wurde kaum zurückgegriffen, um Nervosität oder Peinlichkeitsgefühle in einem direkten Face-to-Face Beratungsgespräch zu vermeiden. Keine Rolle spielte eine schlechte lokale Infrastruktur bzgl. adäquater Beratungsangebote. Es zeigte sich, dass 20 % der Ratsuchenden noch nie zuvor über ihr Problem gesprochen hatten. Die durchschnittliche Zufriedenheit mit der Beratung war sehr hoch. Auf einer Skala von 0 (sehr unzufrieden) bis 6 (sehr zufrieden) bewerteten die Befragungspersonen ihre Zufriedenheit im Mittel mit 4,6 ( $SD = 1,3$ ). 23 % gaben darüber hinaus an, dass sich durch die Beratung etwas im Leben positiv verändert habe, 56 % glaubten, dass sich durch den Einfluss der Beratung in näherer Zukunft noch positive Veränderungen einstellen würden. Zudem belegen auch objektive Maße die Effektivität der Online-Beratung. Eine standardisierte Messung der Veränderung der psychischen Belastung vor und nach der Beratung an  $N = 77$  Ratsuchenden mittels drei Skalen (Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit) des Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) zeigte eine signifikante Besserung auf den Skalen Depressivität und Ängstlichkeit mit Effektstärken von  $\epsilon^2 = .39$  und  $\epsilon^2 = .42$ . Dies sind insgesamt viel versprechende Befunde für die Effektivität von sexualbezogener Online-Beratung, die überwiegend aus einer Einmalintervention bestand. Auch in einer englischen Pilot-Studie mit  $N = 9$  Betroffenen von verschiedenen sexuellen Störungen (Anorgasmie, Vaginismus, Dyspareunia, erektile Dysfunktionen, Appetenzstörung) zeigten sich positive Hinweise auf den Erfolg netzbasierter Interventionen (Hall, 2004).

### 2.3. Sexueller Selbstausdruck

Neben der Rezeption erotischer und pornografischer Internetangebote (für eine Übersicht zu Angebot und Nachfrage siehe Eichenberg, 2004a) verschafft das Internet wie kein anderes Medium Einzelpersonen die Möglichkeit, solche anzubieten. Private, sexualbezogene Homepages ermöglichen erotische und sexuelle Erfahrungen zu dokumentieren. So bieten diverse Netznutzer/innen auf ihren persönlichen Homepages oder Weblogs Tagebücher, Gedichte, Erzählungen oder Fotografien an, die Privates und Sexuelles ausdrücken, künstlerisch gestalten und psychologisch verarbeiten (zu den spezifischen Funktionen von Homepages junger Mädchen, die ihre adoleszente Entwicklung online dokumentieren vgl. Stern, 2002).

In einer Inhaltsanalyse von  $N = 300$  willkürlich ausgewählten sexualbezogenen privaten Websites (davon 34 % von Männern, 34 % von Frauen und 19 % von gemischtgeschlechtlichen Teams; bei 13 % der Autor/innen war die Geschlechtsidentität nicht zu identifizieren) (Eichenberg & Döring, 2006) wurde u.a. der Fragestellung nachgegangen, ob die mediumimmanenten Besonderheiten des Internet die Artikulation sexuellen Begehrens unabhängig von geschlechtsstereotypen Erwartungen begünstigen oder aber die bekannten, polarisierenden Sexualitäts-Klischees reproduziert werden. Die Befunde der Studie stützen beide Thesen. Als deutlichstes *Stereotyp-konformes* Ergebnis stach hervor, dass auf den von Frauen publizierten



Seiten signifikant mehr erotisch-pornografische *Texte* und auf den von Männern publizierten Seiten mehr *Bilder* zu finden waren. Allerdings ließ sich auch eine Reihe von *Stereotyp-konträren* Befunden ausmachen. So unterschieden sich z.B. die von Frauen und Männern publizierten Web-Seiten *nicht* im Grad ihrer Explizitheit, obwohl stereotyp oft davon ausgegangen wird, dass Frauen sexuell explizite bzw. pornografische Darstellungen ablehnen, während Männer diese bevorzugen. Wenn oft pauschal die stärkere *kommunikative und kollaborative Orientierung* von Frauen gelobt wird, so muss für die untersuchten nicht-kommerziellen Sex-Sites festgestellt werden, dass Anbieter nicht seltener als Anbieterinnen der Leserschaft Gelegenheit zu aktiver Beteiligung und Feedback boten. Auch für den pauschalen Vorwurf, dass Männer weniger als Frauen zu *intimer Selbstoffenbarung* bereit seien, fand sich keine Grundlage: Männer und Frauen unterschieden sich nicht in ihrer Bereitschaft, auf der Web-Seite persönliche Erfahrungsberichte preiszugeben. Dass mit dem WWW eine Publikationsmöglichkeit zur Verfügung steht, die anonym, niederschwellig und ohne Gefahren der sozialen Stigmatisierung das Formulieren und Öffentlichmachen von sexuellen Fantasien erlaubt, kommt Frauen ebenso entgegen wie anderen sexuell marginalisierten Gruppen. Hierbei ist teilweise auch von geschlechtsspezifischen Besonderheiten im Umgang mit sexuellen Spezialitäten (z.B. Sadomasochismus, Fetischismus) und sexuellen Orientierungen (z.B. Bisexualität, Homosexualität) auszugehen. Während etwa in Real-Life-Szenarien Frauen in der SM- und Fetisch-Szene häufig unterrepräsentiert sind, zeigte sich in den Web-Präsentationen ein ausgeglichenes Bild, was sich so interpretieren lässt, dass Frauen entsprechendes Interesse im Netz gefahrloser äußern können. Obwohl die Akzeptanz sexueller Spezialitäten insbesondere in den Szenen mit alternativer sexueller Orientierung besonders hoch ist (z.B. Integration von SM und Fetisch in der Schwulen-Szene), beteiligten sich Personen, die hinsichtlich ihrer sexuellen Orientierung im Mainstream liegen, auf ihren Websites dennoch in vergleichbarer Weise wie Personen mit schwul-lesbisch-bisexuellen Identitäten an Diskursen über sexuelle Spezialitäten. Sexueller Diskurs im Netz entlastet nicht nur von Diskriminierung und Stigmatisierung, sondern bietet auch neue Möglichkeiten der sozialen Vernetzung. So wurde auf den Sex-Sites von Personen mit alternativer sexueller Orientierung signifikant häufiger als auf den Web-Seiten heterosexuell Orientierter das WWW-Angebot dezidiert an eine bestimmte Zielgruppe nach dem Aspekt der sexuellen Identität adressiert. Dies mag soziale Identifikation erleichtern und eine Kontaktaufnahme begünstigen. Darüber hinaus wurde deutlich, dass dieser Personengruppe Diskriminierung und Ausgrenzung aus dem realen Leben durchaus vertraut sind, was deren Tendenz zeigte, signifikant häufiger als Heterosexuelle auf ihren WWW-Seiten nicht ausschließlich das Publikum anzusprechen, das sich zur selben wie der eigenen sexuellen Orientierung zugehörig fühlt.

In einer ergänzenden Online-Befragungsstudie (Eichenberg & Döring, 2006) zeigte sich, dass die Anbieter/innen solcher persönlichen, sexualbezogenen Webangebote dies hauptsächlich aus Motiven heraus tun, die als sexuelle Selbstexploration und Identitätsdarstellung zusammengefasst werden können. Personen scheinen

in der Publikation einer entsprechenden WWW-Site eine Möglichkeit zu sehen, sich mit Aspekten ihrer Sexualität, die sie teilweise mühsam für sich erschlossen haben, auseinanderzusetzen, indem sie ihre Erfahrungen mit der Netzgemeinde teilen, sich zu bestimmten sexuellen Begehrensformen bekennen oder aber über diese aufklären wollen, um Gleichgesinnten auf dem Weg ihrer persönlichen sexuellen Entwicklung Unterstützung anzubieten. Dabei unterstützen medienspezifische Merkmale, wie z.B. die unkomplizierte Art, Material ins Netz zu stellen, oder die Möglichkeit zur Interaktion mit anderen User/innen, den Prozess der sexuellen Selbstexploration. Denn in Bezug auf die Frage nach Häufigkeit und Art der Rückmeldungen von Seitenbesucher/innen im Netz selbst auf das eigene sexualbezogene WWW-Angebot gaben alle  $N = 43$  Befragten an, irgendeine Form von Online-Reaktion auf ihre WWW-Site erhalten zu haben, wobei von überwiegend positivem Feedback berichtet wird, was sicherlich eine Akzeptanz erhöhende Wirkung auf die Auseinandersetzung mit der eigenen Sexualität hat. Fasst man die Auswirkungen des sexualbezogenen WWW-Angebots für die publizierenden Personen zusammen, so ließen sich in allen erfragten Bereichen überwiegend positive Konsequenzen feststellen: Erstens knüpften fast alle Befragungspersonen über ihre WWW-Site neue Kontakte im Internet, wobei sich diese weniger häufig als erotische Kommunikation im engeren Sinne gestalteten, sondern eher sachliche Diskussionen über sexuelle Fragen und Probleme waren. Auch der Austausch mit Personen, die ähnliche sexuelle Interessen und Vorlieben haben, dominierte. Zweitens wurde – falls Veränderungen im Sexualleben von den Befragungspersonen im Zusammenhang mit der sexualbezogenen WWW-Publikation gesehen wurden – ausschließlich von positiven Auswirkungen auf die eigene Sexualität berichtet. Ebenso zeigten die Ergebnisse, dass die persönlichen Auswirkungen (auf die eigene Sexualität, Reaktionen des sozialen Umfeldes, Kontaktverhalten etc.) eines solchen Angebots keine kompensatorische Funktion hat i.S. von, dass Personen, die sexualbezogene WWW-Seiten im Internet publizieren, damit mangelnde sexuelle Aktivität in ihrem realen Umfeld zu kompensieren versuchen, bzw. einen empfundenen Mangel an oder in ihren intimen Beziehungen ausgleichen wollen. Zum einen lebte der überwiegende Teil der Befragungspersonen in einer als zufrieden beschriebenen festen Partnerschaft oder Ehe, und zum anderen war ein Mangel an persönlichen Bezugspersonen nicht auszumachen. Dabei wird das eigene WWW-Angebot nicht „heimlich“ und ausschließlich mit der Netzgemeinde geteilt, sondern ebenso in das „real life“ integriert: Die meisten Befragten gaben an, dass einige ihrer engsten Bezugspersonen von der eigenen WWW-Publikation wissen und diese schon gesehen haben würden. Zudem wurden die publizierenden Personen von ihrem realen Umfeld überwiegend in dieser Form ihres sexuellen Selbstausdrucks positiv bestärkt.

Gerade wenn im therapeutischen Kontext auch mit kreativen Methoden gearbeitet wird (Schreiben, Malen etc.), lässt sich dies mit Netzpublikationen koppeln. Die in der zitierten Online-Befragungsstudie gefundenen ersten Hinweise auf salutogene Effekte sind zumindest ein Anhaltspunkt, diesbezügliche Potenziale zum einen in die klinische Praxis zu integrieren und zum anderen weiter wissenschaftlich zu erforschen.

## 2.4. Cybersex und Cyberliebe

Zu sexualbezogener Internetnutzung zählt schließlich auch via Internet sexuelle und romantische Kontakte aufzubauen und Beziehungen einzugehen (Eichenberg, 2001a). Nach Döring (2003) lassen sich verschiedene Formen der Beziehungsanbahnung, -entwicklung und -motivation unterscheiden:

Beim Kennenlernen im Netz lassen sich zwei Konstellationen unterscheiden: Das *beiläufige Kennenlernen*, das etwa im Rahmen von geselligen Foren oder Fach-Diskursen stattfindet, sowie die *gezielte Partnersuche* über Online-Kontaktanzeigen [...] und Sex-Chats. Unabhängig davon, ob eine erotische Begegnung nun ungeplant erfolgt oder bewusst arrangiert wurde, können die Beteiligten es darauf anlegen, eine *feste Partnerschaft oder Ehe* einzugehen und letztlich auch im realen Leben zusammenzukommen oder aber eine eher *unverbindliche Affäre oder Nebenbeziehung* zu führen. Bei Netzbeziehungen kann einerseits ein *emotional-romantischer Austausch* im Zentrum stehen, wobei man sich in ausführlichen E-Mails und stundenlangen privaten Chats wechselseitig die Gefühls- und Gedankenwelt eröffnet und sich auch bei Problemen beisteht. Andererseits kann aber auch *Cybersex* stattfinden, wobei man einander per Chat oder E-Mail durch explizite Botschaften zu erregen versucht und nicht selten durch begleitende oder anschließende Masturbation auch körperliche Höhepunkte erlebt. (S. 285)

Die Besonderheit von intimen Beziehungen im Internet liegt in einer im Vergleich zu face-to-face-Situationen beschleunigten Selbstöffnung: Durch den Wegfall körperlicher Kopräsenz werden Stressfaktoren minimiert, was dazu führt, dass in Netzbeziehungen häufig sehr schnell intensive Nähe erlebt wird (zum Phänomen der gesteigerten Emotionalität beim Cybersex vgl. Leidlmair, 2001). Zudem begünstigt die Niederschwelligkeit der E-Mail-Kommunikation, ständig in Tuchfühlung zu bleiben, so dass zu Beginn der Beziehungsentwicklung typischerweise sehr viel mehr Engagement eingebracht wird als bei Beziehungsanbahnungen im „reale life“.

Bei der Verliebtheit spielen Imagination und Projektion immer eine große Rolle. Beim Kennenlernen im Netz, bei dem immanenterweise viele Hintergrundinformationen fehlen, ist die Gefahr besonders groß, sich in eine Illusion hineinzusteigern, d.h. das Gegenüber durch gesteigerte Projektionsprozesse als „ideales Gegenüber“ zu fantasieren. Im negativsten Fall kann es somit passieren, dass bei einem face-to-face Treffen die fantasierte Person gegenüber der realen keine Chance mehr hat – es folglich zu Enttäuschungen kommt. Um solche Entwicklungen zu vermeiden, ist ratsam, dass die Beteiligten möglichst schnell einen „Realitätscheck“ durchführen, indem der Kontakt auf andere Medien (Fotos, Telefonieren, persönliches Treffen) ausgeweitet wird, um Projektionen nicht übermächtig werden zu lassen.

Langzeitstudien, die systematisch vergleichen, welche besonderen Erfolgs- und Misserfolgs-Faktoren in Partnerschaften wirken, die sich aus Online-Begegnungen ergeben haben, fehlen bislang. Dennoch lassen sich nach Döring (2000) einige Hauptprobleme extrahieren, wie z.B. kulturelle Unterschiede und geografische Distanzen, da man im Netz häufiger Personen trifft, die nicht dem unmittelbaren Umfeld entstammen, oder der Verlust der etablierten emotionalen und sexuellen Intimität, da die mediengebundene Attraktion sich manchmal nicht auf die Begegnung im „reale life“ übertragen lässt.

Dass im Netz aufgebaute Beziehungen auch zu tragfähigen Beziehungen im „offline-leben“ werden können (siehe auch Cooper & Sportolari, 2003), zeigte Döring (2000), die die Entwicklung von Cyber-Romanzen anhand  $N = 109$  Erfahrungsberichten von Cyberliebespaaren, die ihre Beziehungsverläufe dokumentiert haben, zusammenfasst: Demnach kann sich die Netzromanze stabilisieren, sie kann abbrechen, in eine Freundschaft transformiert (7 %) werden oder in ihrem Status weiterhin unklar bleiben (21 %). Die Daten zeigen, dass sechsmal mehr Beziehungen (61 %) stabilisiert als abgebrochen (11 %) wurden.

In therapeutischen aber auch in sozialen Kontexten sollten Online-Romanzen also nicht von vornherein pauschal als eskapistische oder nicht ernstzunehmende Scheinbeziehungen entwertet werden.

Zudem werden Cyberromanzen auch häufiger mit dem Problem der Internetsucht in Zusammenhang gebracht, da typischerweise in der Phase der Beziehungsanbahnung die Internetnutzung sehr intensiv ist. „Kontrollverlust“ und „Entzugserscheinungen“ gehören zwar zu den typische Suchtsymptomen, aber diese sind auch typisch für das Verliebtsein. Chatten bis in die tiefe Nacht, ständiger E-Mail-Abruf und eine hohe Kommunikationsdichte sind ein Ausdruck des „Ausnahmestands“ Verliebtsein und wenig bedenklich. Um von Internetsucht sprechen zu können, müssen andere diagnostische Aspekte erfüllt sein. Der in dieser Phase bestehende Wunsch nach intensiver Nähe kann nicht als Effekt des Mediums Internet gesehen werden, sondern er besteht in dieser Phase immanenterweise immer.

### *Cybersexsucht*

*Fallbeispiel: [Auszug aus einer Online-Beratungsanfrage]*

*Ich bin mit meinem Latein am Ende. Mein Freund ist anscheinend cybersexsüchtig oder Beziehungs-sexsüchtig. Ich weiß es nicht genau, was es ist. Alles fing an, dass ich abgespeicherte E-Mails mit Internetdamen auf dem PC gefunden hatte. Dann SMS von verschiedenen Frauen auf seinem Handy. Dann erfuhr ich, dass er sich öfter an verschiedenen Wochenenden mit Frauen aus dem Netz trifft. Alles das kam letztes Jahr raus und er wollte auch jeden Kontakt abbrechen, was er aber nicht tat. Des Weiteren fand ich auch jede Menge selbst gebrannte Porno-CD's die er sammelt und noch andere Sachen, die ich jetzt hier nicht alle aufzählen kann. Normalerweise hätte ich diese Beziehung beenden sollen aber ich wollte uns noch eine Chance geben. Das jetzige größte Problem ist, dass er überhaupt keine Lust*

*mehr auf Sex hat mit mir. Dieses macht mich derartig unzufrieden und aggressiv, weil ich nicht mehr alles glauben kann, was er mir erzählt und versprochen hat. Er beteuert immer wieder, dass er mich über alles liebt und sich ein Leben ohne mich nicht vorstellen kann. Was soll ich nur machen?*

Internetsucht wird seit einigen Jahren als psychologisches Problem diskutiert (zur Übersicht siehe Demmel, 2002; Eichenberg, Klemme & Theimann, 2003). Erste Studien zur Epidemiologie pathologischen Internetgebrauchs in Deutschland liegen vor. Hahn und Jerusalem (2001) kamen in einer Online-Befragungsstudie mit  $N = 7.091$  Teilnehmern zu dem Ergebnis, dass die Prävalenz der Internetabhängigkeit etwa 3 % beträgt, ca. 7 % gefährdet und 90 % unauffällig sind, wobei die Internetsucht insbesondere (männliche) Jugendliche unter 20 Jahren trifft und mit zunehmend höherem Schulabschluss die Anzahl der Betroffenen sinkt. Eine bestehende Partnerschaft schützt vor der Internetsucht, Arbeitslosigkeit und Teilzeitbeschäftigung begünstigt sie. Verschiedene Subtypen der Internetsucht wie z.B. Online-Sex, Online-Gambling, Online-Relationships, Web-Cruising und E-Mail-Checking wurden von diversen Autoren (z.B. Petry, 2003; Young, 1999a) unterschieden und im Einzelnen näher untersucht. In einer aktuellen Studie fanden sich insbesondere das Spielen von Online-Games und die Rezeption sexueller Angebote als die Internetanwendungen, deren Nutzung besonders mit pathologischem Internetgebrauch einhergehen (Meerkerk, 2006).

Zum Ausmaß der „Cybersexsucht“ existieren bislang keine repräsentativen Ergebnisse, da die vorliegenden Studien ebenso Online-Surveys sind mit den bekannten Effekten von Selbstselektionsprozessen bei der Stichprobenszusammensetzung. Cooper, Delmonico und Burg (2000) ermittelten so in einer internetbasierten Fragebogenstudie mit  $N = 9.265$  Teilnehmern einen Anteil von 83 % unauffälligen Cybersex-Usern gegenüber 11 % mit problematischem und knapp 6 % mit süchtigem sexuellem Verhalten, von denen 1 % als „Cybersex Compulsive“ eingestuft wurden. Dabei diene neben den Werten der Kalichman Sexual Compulsivity Scale die Nutzungsdauer von sexualbezogenen Internetaktivitäten in Stunden pro Woche als Kriterium für diese „Diagnose“. Die Autoren wählten einen Cut-off-Wert von mehr als 11 Stunden pro Woche, was eine recht willkürliche Festlegung ist. Zwar zeigte sich empirisch eine hohe Korrelation von Internetabhängigkeit und Nutzungsdauer ( $r = .40$  bei Hahn & Jerusalem, 2003), wobei aber zum einen z.B. Hahn und Jerusalem (2003) eine deutlich höhere Nutzungsdauer bei den von ihnen identifizierten Internetsüchtigen fanden (im Mittel 35 h/Woche), zum anderen dieses Merkmal höchstens dann als Außenkriterium dienen kann, wenn ein theoretisch fundiertes Abhängigkeitskonzept zugrunde gelegt wurde. Hahn und Jerusalem (2001) nennen fünf normativ-deskriptive Kriterien (Einengung des Verhaltensraums, Kontrollverlust, Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen, Negative soziale und personale Konsequenzen), die für die Diagnose einer Internetabhängigkeit erfüllt sein müssen und die sie in einem reliablen und konstruktvaliden Instrument (InternetSuchtSkala, ISS-20) umsetzten.

Ätiologische Modelle zur „Cybersexsucht“ liegen bislang nicht vor. Es wurden lediglich einige motivationale Aspekte zur Begünstigung exzessiven sexualbezogenen Internetgebrauchs zusammengetragen wie z.B. „Anonymity, Convenience, Escape (ACE-Modell nach Young, 1999b), Kontrolle und Machtillusion, für Frauen keine Stigmatisierung, für Männer keine „Performanceangst“, Ausprobieren bestimmter sexueller Orientierungen und Spielarten ohne Konsequenzen oder Bindung, keine Gefahr von sexuell übertragbaren Krankheiten, leicht vor dem Partner zu verheimlichen (Schneider, 2000). Ergänzend fügen Schwartz und Southern (2000) einen möglicherweise dissoziativen Wiederholungszwang von Traumata oder Konflikten hinzu, was sie aufgrund der auffälligen Komorbidität von Cybersexsucht und der Diagnose einer Posttraumatischen Belastungsstörung vermuteten. An einer klinischen Population von  $N = 40$  Personen ( $n = 19$  Männer mit einem Altersdurchschnitt von 38,1 Jahren und  $n = 21$  Frauen mit einem Altersdurchschnitt von 30,4 Jahren), die sich wegen ihrer Cybersexprobleme an eine Ambulanz gewandt hatten, leiteten die Autoren folgende – eher holzschnittartige – Typologien und Charakteristika ab:

► **Tabelle 1. Charakteristika von Cybersexsüchtigen nach Schwartz und Southern (2000, S. 135) (gekürzt und übersetzt, C.E.).**

Cybersexnutzer sind ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive Internetnutzer</li> <li>• in der Regel verheiratet</li> <li>• depressiv</li> <li>• häufig Hochschulabsolventen</li> <li>• oftmals Betroffene von sexuellem Missbrauch</li> </ul>
Männliche zwanghafte Cybersexnutzer sind ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mittleren Alters</li> <li>• im Allgemeinen älter als zwanghafte Cybersexnutzerinnen</li> <li>• von einer höheren Wahrscheinlichkeit betroffen, von Medikamenten abhängig zu sein als zwanghafte Cybersexnutzerinnen</li> <li>• von einer höheren Wahrscheinlichkeit betroffen, sexuell zwanghaft zu sein oder als „sexabhängig“ bezeichnet zu werden als zwanghafte Cybersexnutzerinnen.</li> </ul>
Weibliche Cybersexnutzer sind ...	<ul style="list-style-type: none"> <li>• von einer höheren Wahrscheinlichkeit betroffen unter einer PTBS zu leiden als zwanghafte Cybersexnutzer</li> <li>• häufig von Bulimie betroffen</li> <li>• ähnlich interessiert an marginalisierten sexuellen Begehrensformen und Swingerclubbesuchen wie zwanghafte Cybersexnutzer.</li> </ul>

Therapeutische Empfehlungen zur Behandlung von Cybersexsucht (z.B. Delmonico, Griffin & Carnes, 2002; Schneider, 2000) und Hinweise zu den Auswirkungen von verschiedenen Cybersex-Aktivitäten auf bestehende Partnerschaften (Gonyea, 2004; Maheu, 2000; Parker & Wampler, 2003; Schneider, 2002, 2003; Young, Griffen-Shelley, Cooper, O'Mara & Buchman, 2000) ergänzen die ersten wissenschaftlich fundierten Bemühungen um die Erfassung der intra- und inter-personalen Effekte dieser speziellen Extrem-Nutzungsform des Internet.

Ein weiteres diskutiertes Phänomen der destruktiven Nutzung des Internet zur Anbahnung spezifischer sexueller Verbindungen ist das so genannte „Barebacking“. Dieser Begriff beschreibt in der Übersetzung das „Reiten ohne Sattel“ und betrifft eine Bewegung vorwiegend homosexueller Männer, die bewusst ungeschützten Geschlechtsverkehr favorisieren, u.a. mit der Motivation, sich gezielt mit HIV zu infizieren bzw. diesen Virus weiter tragen zu können. Das Internet dient hier als „Vermittlungsdienst“ (vgl. Exkurs).

---

*Exkurs: Barebacking – Bewusst ungeschützter Geschlechtsverkehr zwischen Männern: Motivation und Anbahnung über das Internet (Eichenberg & Creutz, in Vorbereitung)*

### *Bedeutung der Problemstellung*

Nachdem die Neuinfektionen mit HIV weltweit 2001 mit 3,4 Mio. ihren Tiefstand erreicht hatten, stieg die Zahl der Neuinfektionen jährlich bis auf ihren bisherigen Höchststand von 4,9 Mio. im Jahre 2005 (UNAIDS, 2006).

2005 betrug die Zahl der Neuinfizierten in Deutschland ca. 2.600. Ende 2005 lebten ca. 49.000 HIV-infizierte Menschen in der Bundesrepublik, davon 39.500 Männer und 9.500 Frauen sowie ca. 300 Kinder. 8.000 von ihnen zeigten das Vollbild Aids. Von den 2.600 Neuinfizierten waren ca. 85 % Männer, 70 % Männer die Sex mit Männern hatten (MSM); 20 % waren Übertragungen durch heterosexuellen Sex, 9 % Infektionen durch infizierte Spritzen bei Drogenmissbrauch und 1 % Übertragungen von der Mutter auf das Kind, meist während der Geburt (Robert-Koch-Institut [RKI]).

Mehr als 80 % der HIV-Infizierten sind Männer und nahezu 70 % sind Männer, die Sex mit Männern haben (MSM). Das Infektionsrisiko für diese Männer ist damit doppelt so groß wie vor vier Jahren – und so hoch wie seit zwölf Jahren nicht mehr (RKI, 2005, 2006).

Als einer der Gründe für diese Verdreifachung der HIV-Infektionsraten (von 530 in 2001 auf 1575 in 2005) bei MSM wird das so genannte „Barebacking“ vermutet. Ursprünglich beschränkte sich der Begriff auf den ungeschützten Geschlechtsverkehr zwischen HIV-positiven Männern; er wurde inzwischen aber auf alle MSM, die bewusst ungeschützten Verkehr haben, ausgedehnt.



### *Aktueller Forschungsstand*

Suarez und Miller (2001) haben drei verschiedene Gruppen von Barebackern unterschieden:

- (1) *Paare mit dem gleichen Serostatus*: Sofern diese in monogamen Beziehungen leben besteht kein Risiko.
- (2) *„Rational risk takers“*: In diese Gruppe fallen nicht-monogame Paare und Singles, die verschiedenen Sexpraktiken verschiedene Risikograde zuweisen und nur solche mit geringem Risiko „unsafe“ praktizieren; d.h. sie praktizieren nur insertiven Analverkehr „unsafe“, bei rezeptivem Analverkehr benutzen sie ein Kondom. Ebenso in diese Gruppe fallen Männer, die den Serostatus des Partners vorher erfragen (so genanntes „serosorting“). Dies ist aber immer mit einer gewissen Unsicherheit behaftet, da man auf die Ehrlichkeit des Gegenübers angewiesen ist und das Restrisiko einer Infektion in der jüngeren Vergangenheit besteht, welche noch nicht bei einem Test nachgewiesen werden konnte. Das Risiko einer Infektion mit HIV, Hepatitis oder anderen sexuell übertragbaren Krankheiten ist in dieser Gruppe hoch.
- (3) *„Irrational risk takers“*: Zu dieser Kategorie gehören Männer, die nicht-wissenschaftliche oder irrationale Informationen über das Risiko einer HIV-Infektion benutzen oder dieses Risiko komplett verleugnen. Sie haben häufiger anonyme Sexualpartner und/oder verlassen sich auf falsche Informationen wie das Erscheinungsbild oder Annahmen wie „Wenn Gott will, dass ich mich infiziere...“ oder „Wenn der andere HIV-positiv wäre, würde er es schon sagen.“, um den Serostatus des Partners einzuschätzen. Wie „rational risk takers“ „berechnet“ diese Gruppe auch den Risikofaktor, allerdings mit dem Unterschied unangemessener Heuristiken. Angenommen wird, dass die Logik durch Lust, sensation seeking und Drogen „vernebelt“ wird. Das Risiko einer Infektion ist in dieser Gruppe sehr hoch.

Gauthier und Forsyth (1998) haben Internetchats, -portale, -anzeigen und Mailinglisten nach Postings von Menschen durchsucht, sich bewusst mit dem HIV-Virus infizieren möchten (so genannte „Bug Chaser“ = Virenjäger). Sie konnten vier Rechtfertigungskategorien identifizieren:

- (1) Personen, die in Angst vor dem Virus leben und „erlöst“ werden wollen, indem sie sich den Zeitpunkt und den Infektor aussuchen
- (2) Personen, die Barebacking erotisch finden und das Risiko, aber nicht unbedingt die Infektion suchen
- (3) Personen, die sich einsam fühlen, eventuell HIV-infizierte Freunde und Bekannte haben, sich ausgeschlossen fühlen und „dazu gehören wollen“
- (4) Personen, die sich politisch motiviert infizieren wollen, um den negativen Gesellschaftserwartungen gerecht zu werden.



Tewskbury hat im Jahr 2003 Internetkontaktbörsen analysiert und herausgefunden, dass zwar nur eine kleine Gruppe aktiv und offen nach einem Partner mit konkordantem Serostatus sucht (unter 1 % der HIV-negativen und unter 2 % der HIV-positiven). Allerdings geben 71,9 % der HIV-positiven und 17,4 % der HIV-negativen Männer an, dass sie keine Präferenz für den Serostatus des Sexualpartners haben, woraus sich ein potenzieller Wunsch, wenn auch nicht offen und aktiv, einer Infektion herleiten lässt.

Hammelstein hat 2005 die Sexual Sensation Seeking Scale (SSSS) und die Sexual Compulsivity Scale (SCS) von Kalichman und Rompa (1995) in die deutsche Sprache übersetzt und an einer Stichprobe mit homosexuellen Männern validiert. Unter Sensation Seeking wird ein Zustand verstanden, „der durch die Suche nach verschiedenen, neuen, komplexen und intensiven Eindrücken und Erfahrungen definiert ist sowie durch die Bereitschaft, um solcher Erfahrung willen physische, rechtliche, soziale und finanzielle Risiken in Kauf zu nehmen“ (Hammelstein, 2005, S.136). Unter zwanghaftem Sexualverhalten verstehen Kalichman und Rompa (1995) einen „hartnäckigen, repetitiven, intrusiven und ungewollten Drang, bestimmte Handlungen durchzuführen, häufig in einer ritualisierten oder routinierten Weise“ (zit. nach Hammelstein 2005, S. 236f). Diese persönlichkeitspsychologischen Modelle gehen im Gegensatz zu gesundheitspsychologischen Modellen zur Vorhersage sexuellen Risikoverhaltens nicht von kognitiven Variablen wie „Informationsstand“, „Risikowahrnehmung“, „Einstellung gegenüber Kondomen“ und „subjektive Normen“ als Motiv aus und auch nicht wie das AIDS-Risk-Reduction-Model und das Information-Motivation-Behavioral-Skills-Model von einer „subjektiv-objektiven“ Kosten-Nutzen-Rechnung, welche man im Zustand sexueller Erregung auch weniger vermuten kann.

Hammelstein und Regli (2006) führten eine Studie an  $N = 536$  homo- und bisexuellen Männern im Internet durch. Als Fragebogen wurden SSSS, SCS und Need Inventory of Sensation Seeking – Trait version (NISS) eingesetzt. Es zeigten sich keine Gruppenunterschiede (Gruppen: oft „unsicher“ Sex, manchmal „unsicher“ Sex, „sicher“ Sex) hinsichtlich Alter oder Bildung. Männer, die häufig „unsicher“ Verkehr haben, haben häufiger Analverkehr und leben häufiger in offenen Beziehungen (verglichen mit Singles, monogame Beziehung). Die Gruppen unterschieden sich in ihren SCS und SSSS Werten. Häufiger „unsicher“ Verkehr ging mit hohen SCS und SSSS Werten einher. Personen, die manchmal „unsicher“ Verkehr haben, unterscheiden sich nur bei den SSSS Werten von immer „sicher“ Verkehrenden. Die SC-Skala korreliert mit psychopathologischen Symptomen wie Borderline, so dass man daher bei den Barebackern mit hohen SCS Werten auch von einer potenziellen Borderline-Störung ausgehen kann.

Mansergh et al. (2002) führten eine Befragung an  $N = 842$  MSM aus dem Raum San Francisco durch. Als Gründe für ungeschützten Verkehr wurden überhäufig die verbesserte Behandlung von HIV und AIDS (z.B. das Highly Active Antiretroviral Treatment, HAART) sowie die größere physische Stimulation (80 % HIV-positiv, 65 % HIV-negativ) und emotionale Nähe (40 % HIV-positiv, 39 % HIV-negativ) genannt. Es fanden sich unter den Barebackern 75 %, die ein

HIV-abtötendes Gleitmittel verwenden würden, das 50% Schutz vor einer Infektion bieten würde. Dies lässt darauf schließen, dass nicht die Weitergabe bzw. der Empfang des Virus der Grund für Barebacking ist, sondern vielmehr die als stärker empfundene physische Stimulation und emotionale Nähe motivierend sind. Diesen Befund erhärteten Halkitis, Parsons und Wilton (2003) mittels einer Befragung an  $N = 448$  MSM in New York City, wovon 20% HIV-positiv und 80% HIV-negativ waren. Auch hier wurden ein höheres Ausmaß an Intimität, Romantik und sexuelle Erregung als Vorzüge des ungeschützten Verkehrs genannt. Das Internet sahen alle Befragten als Möglichkeit, unkompliziert Partner für Barebacking zu finden. Insgesamt berichteten 61% der HIV-positiven und 42% der HIV-negativen Männer von Barebacking in den letzten drei Monaten, wobei es sich meist um Sex mit einem Partner des gleichen Serostatus handelte.

Holmes und Warner (2005) führten 18 Tiefeninterviews mit Barebackern durch. Dabei stellte sich heraus, dass nicht die Übertragung des Virus das vorrangige Motiv ist, sondern primär der Austausch von Samen im Vordergrund zu stehen scheint. Die häufigst genannten Vorteile des Barebacking fassten die Autoren folgendermaßen zusammen: eine tiefere Verbundenheit mit dem Partner; Samen als „Geschenk“, das man nicht ablehnen sollte und als „odor of masculinity“. Samen würde als erotisiert und nicht als „Bedrohung“ gesehen, Samen habe also eine tiefe, erotische, psychische Bedeutung. Die Autoren schlussfolgern, dass viele Untersuchungen schlicht am Thema Barebacking vorbeigehen würden, wenn sie es als „risky“, „sensation seeking“ und als Ergebnis unter Drogeneinfluss betrachten. Die Männer wüssten genau was sie tun und seien sich der Risiken sehr bewusst. Der Samenaustausch sei für jeden Barebacker die Erfüllung seiner eigenen, persönlichen, individuellen Fantasie. Barebacker seien, wie jede andere marginalisierte Gruppe die Lust bei Gefahren erlebt (z.B. Extremsportler), der Beweis der dialektischen Beziehung von Verlangen und Gefahr.

### *Methode*

Mittels einer Online-Fragebogenstudie sollten die Motive zum ungeschützten Sexualverhalten für den deutschsprachigen Raum erfasst werden. Anhand verschiedener Fragen zur Einstellung zu HIV/AIDS sowie zur Motivation für ungeschützten Verkehr sollten verschiedene Gruppen von MSM, die bewusst ungeschützten Geschlechtsverkehr haben, herausgearbeitet werden. Das Befragungsinstrument bestand u.a. aus einem selbst entwickelten Selbstbeschreibungsbogen, der die Häufigkeiten des ungeschützten Geschlechtsverkehrs und die genauen Handlungen erfasst. Des Weiteren wurden Einstellungen zu Kondomen und die Motivation für Barebacking (BB) sowie der HIV-Status erfragt.

Die Rekrutierung der Teilnehmer erfolgte über [www.gayromeo.com](http://www.gayromeo.com), das größte deutschsprachige Kontaktportal, sowie über [www.barebackcity.com](http://www.barebackcity.com) und [www.gaychat.de](http://www.gaychat.de).

$N = 414$  (49,5 %) Personen füllten den Fragebogen zu ihrem Sexualverhalten und der Motivation für BB aus. Das Alter der Teilnehmer lag im Mittel bei 35,5 Jahren ( $SD = 8,9$ ; Range: 15–62). Von den 414 männlichen Teilnehmern gaben zwei (0,5 %) eine heterosexuelle, 73 (17,6 %) eine bisexuelle und 339 (81,9 %) eine homosexuelle Orientierung an.

### *Ergebnisse*

Einen HIV-Test haben 322 (77,8 %) der Teilnehmer mindestens einmal in ihrem Leben gemacht. Davon gaben 136 (42,2 %) ein positives, 168 (52,2 %) ein negatives Testergebnis an. 18 (5,6 %) gaben an, es nicht mehr zu wissen. 92 (22,2 %) berichteten, noch nie einen HIV-Test gemacht zu haben. Davon vermuteten 13 (14,1 %) eine Infektion, 51 (55,4 %) vermuteten keine und 28 (30,4 %) meinten, es nicht zu wissen.

175 (42,3 %) der Befragten gaben an, in den letzten drei Monaten ausschließlich ungeschützten Verkehr gehabt zu haben. 379 (91,6 %) hatten bei mehr als der Hälfte ihrer Sexualkontakte in den letzten drei Monaten kein Kondom benutzt.

Als risikoreichste sexuelle Handlung gilt der passive Analverkehr mit Spermaaufnahme. Dies praktizierten 169 (40,8 %) der Befragten immer oder häufig, wobei 84 (49,7 %) davon angaben, HIV-positiv zu sein bzw. 4,7 % dies vermuteten und 42 (24,6 %) ein negatives Ergebnis angaben bzw. diesen Virusstatus vermuteten (8,3 %). Nie passiven Analverkehr mit Spermaaufnahme zu haben, gaben 154 (37,2 %) der Befragten an, wobei hier der größte Anteil der HIV-Negativen (21,2 %) zu finden ist.

Als weiteres risikoreiches Verhalten ist der aktive Oralverkehr mit Spermaaufnahme anzusehen. Hier gaben 202 (48,8 %) an, es immer oder häufig zu tun (38,6 % HIV-positiv, 4,5 % vermutete HIV-Positive vs. 32,7 % HIV-negativ bzw. 9,9 % vermutete HIV-Negative).

Nie aktiven Oralverkehr mit Spermaaufnahme zu haben, berichteten 87 (21 %) der Teilnehmer und auch hier findet sich die größte Gruppe (12,6 %) bei denjenigen, die angaben, HIV-negativ zu sein.

113 (83,1 %) der Befragten gaben an, immer oder häufig mit HIV-positiven Männern Verkehr zu haben (83,1 % der HIV-positiv und 10,7 % der HIV-negativ Getesteten). 105 (62,5 %) der negativ Getesteten haben nie und 45 (26,8 %) selten mit positiv getesteten Personen Verkehr. Die negativ Getesteten berichteten zu 83,9 % (141) immer oder häufig mit anderen negativ getesteten Männern Verkehr zu haben. Diese Einschätzung wird aber durch den hohen Anteil an Sexualpartnern, bei denen sie immer oder häufig nicht nach dem Serostatus gefragt (37,6 %) bzw. ihn immer oder häufig nicht gewusst haben (38,7 %), relativiert.

17 (12,5 %) der HIV-positiven Befragungspersonen gaben an, dass sie sich bewusst infiziert hätten und immerhin 7 (2,5 %) der bisher nicht positiv getesteten Männer möchten sich mit dem HIV infizieren. Als Gründe hierfür wurden Suizidgedanken, Erniedrigungsfantasien und die Unausweichlichkeit einer Infektion angegeben.

## C. EICHENBERG

99 (59 %) der HIV-negativen Personen berichteten, eine Infektion durch eine genaue Auswahl der Sexualpartner vermeiden zu wollen, aber nur 77 (45,8 %) schätzten ihr Risiko sich zu infizieren als gering ein.

Als Gründe für den Sex ohne Kondom nannten 390 (94,2 %) ein besseres Gefühl, 334 (80,7 %) eine tiefere, stärkere Verbindung mit dem Sexualpartner und 255 (61,6 %) die Wichtigkeit des Spermaaustausches. 371 (89,6 %) würden ein HIV-verhütendes Gleitmittel verwenden. Hierdurch wird nochmals deutlich, dass es nur einem sehr kleinen Anteil um eine mögliche Infektion geht. Gestützt wird dies durch die inhaltsanalytische Auswertung der freien Angabe von Gründen für ungeschützten Verkehr (vgl. Tab. 2).

► **Tabelle 2. Gründe für Barebacking (Mehrfachnennungen möglich, 437 Nennungen).**

Grund für Sex ohne Kondom	Anzahl der Nennungen
besseres Gefühl, mehr Lust und Spaß	162
näher, intensiver, Verbundenheit mit (Sex-)Partner	64
Spermaaustausch, Geschmack und Geruch von Sperma	43
nur Partner mit gleichen Serostatus, Praktiken ohne/mit geringem Risiko	41
natürlicher, purer, echter	35
Kondome stören, reizen, sind umständlich	22
Erektionsprobleme, Latexallergie	22
Leichtsinnigkeit, Unachtsamkeit, Alkohol	13
nur Oralverkehr und da stört Kondom	10
besonderer Kick, Reiz	7
devot sein, Macht/Wille des Anderen	7
Freiheit	6
bereits HIV-infiziert	3
traue mich nicht nach Kondom zu fragen	1
Infektionswunsch	1

Mit großem Abstand wurde das bessere Gefühl beim Sex ohne Kondom als Grund angegeben. Deutlich wird aber, dass viele nur mit Partnern des gleichen Serostatus Sex haben oder nur beim Oralverkehr auf das Kondom verzichten.

Im Verhältnis von heute zu vor fünf Jahren gaben 184 (44,4 %) keine Änderung, 150 (36,2 %) häufigeren und 80 (19,3 %) weniger ungeschützten Verkehr an.

### Fazit

Zusammenfassend lassen sich verschiedene Gruppen innerhalb der Barebacker unterscheiden:

- (1) bereits HIV-positive Männer, die auch meistens mit anderen Infizierten Sex haben
- (2) bisher negativ getestete Männer, die dies auch bleiben wollen und zumindest risikoreiche Praktiken vermeiden
- (3) bisher negativ getestete Männer, die dies auch bleiben wollen, aber risikoreichen Sex praktizieren
- (4) ungetestete Männer, die risikoreiche Praktiken ausführen.

Insgesamt ist der Infektionswunsch als Grund für Barebacking zu vernachlässigen. Wie sich gezeigt hat, ist es vor allem das bessere, stärkere Gefühl sowie die gefühlte Intensität und Verbindung mit dem Partner, die ungeschützten Verkehr evozieren. Das Internet scheint dabei eine wichtige Rolle zu spielen. So gab eine Mehrheit von 340 Teilnehmern (82,1 %) an, ihre Sexualpartner immer oder häufig über das Internet kennen gelernt zu haben. Dieser hohe Wert erklärt sich aber sicherlich teilweise aus der Tatsache, dass die Teilnehmer über Internetkontaktportale rekrutiert wurden. An zweiter Stelle wurden von 206 (49,7 %) der Befragungspersonen der Darkroom als Kennenlernort genannt.

Das Internet bietet unendliche viele Möglichkeiten einen Sexualpartner zu finden, mit der Besonderheit, die gewünschten Gegenüber genau selektieren zu können (vgl. auch Davis, 2006). In Deutschland ist in der Schwulenszene zurzeit vor allem [www.gayromeo.com](http://www.gayromeo.com) populär. Dort finden sich 200 so genannte Clubs, d.h. geschlossene Benutzergruppen, die sich mit Barebacking beschäftigen. Bei [www.barebackcity.de](http://www.barebackcity.de), einem Portal das sich nur an Barebacker richtet, sind ca. 18.000 Profile geschaltet. Des Weiteren kann man im Profil genau angeben, welche sexuellen Praktiken favorisiert werden. Bei [gayromeo.com](http://gayromeo.com) gibt es die Möglichkeit sein „Safer-Sex-Verhalten“ mit „immer“, „nach Absprache“ und „niemals“ anzugeben, während es bei [barebackcity.de](http://barebackcity.de) sogar die Möglichkeit gibt, die Angaben zu machen inwieweit man Sperma aufnimmt oder gibt (jeweils mit den Optionen „anal“, „oral“).

Inwieweit solche WWW-Seiten Barebacking begünstigen, lässt sich nur schwer einschätzen. Es senkt sicherlich die Hemmschwelle zur Kontaktaufnahme. Auf der anderen Seite wird im Internet, im Gegensatz zu Darkrooms und Sexpartys, immer auf die Gefahren des ungeschützten Verkehrs hingewiesen. [Gayromeo.com](http://Gayromeo.com) bietet eine Infothek zu Safer-Sex, Barebacking und sexuell übertragbaren Krankheiten an. Bei der Suche nach Clubs zu Barebacking wird sofort ein Hinweis angezeigt, sich zuerst in der Infothek darüber zu informieren. Auch [barebackcity.de](http://barebackcity.de) weist direkt auf der Startseite in einem rot gekennzeichneten Feld auf die Gefahren des Barebacking hin, und es wird betont, dass nur Kondome vor der tödlichen Krankheit AIDS schützen können. Ferner gibt

es zahlreiche Seiten im Internet, die über Safer-Sex aufklären. So bietet z.B. die AIDS-Hilfe ([www.aidshilfe.de](http://www.aidshilfe.de)) auf ihrer Homepage Aufklärung sowie Hilfe an und es werden Banner geschaltet, die auf die absolute Notwendigkeit der Kondomnutzung hinweisen. Eine Sammlung von Anti-Aids-Videoclips nach dem Vorbild des Portals „Youtube“ findet sich unter [www.clips-gegen-aids.de](http://www.clips-gegen-aids.de). Internetbasierte Präventionsmaßnahmen zu anderen sexuell übertragbaren Krankheiten wie Syphilis beschreibt Klausner (2004).

---

### 3. Theoretische Modelle

Von den verschiedenen *selbstgewählten sexualbezogenen Internetaktivitäten* lassen sich zwar pauschal jeweils psychosoziale Potenziale als auch Probleme ableiten, womit aber noch nicht die Frage beantwortet werden kann, von welchen Faktoren es abhängt, welchen Stellenwert Online-Sexualität für den Einzelnen jeweils einnimmt. Repräsentativ-Studien zur sexualbezogenen Internetnutzung existieren bislang nicht, ebenso fehlt eine allgemeine Theorie sexualbezogener Netznutzung. Es lassen sich jedoch eine Reihe von Bedingungen herauskristallisieren, die den Stellenwert der sexualbezogenen Netznutzung für die Beteiligten beeinflussen. Als zentrale Bedingungsfaktoren nennt Döring (2003) *Personen-, Kontext- und Medien-Merkmale* sowie *Nutzungs-Dimensionen*.

#### *Personenmerkmale*

Neben *soziokulturellen Merkmalen* wie Alter, Bildungsstand, Beruf, Ethnizität oder Religion, die die Akzeptanz sexualbezogener Netzangebote und -aktivitäten beeinflussen, spielt ebenso die allgemeine *Internetkompetenz* eine Rolle, denn im Internet ist weder tiefgreifender sexueller Diskurs noch befriedigende sexuelle Aktion „per Mausklick“ zu haben. Vielmehr müssen die Nutzer zunächst entsprechende Angebote suchen, selektieren, bewerten und sich mit den technischen und sozialen Nutzungsbedingungen (z.B. mit den Vor- und Nachteilen zur potenziell anonymen bzw. pseudonymen Internetkommunikation) vertraut machen. Darüber hinaus hat die *Geschlechtsidentität und sexuelle Identität* einen entscheidenden Einfluss. Ob beispielsweise Frauen ein bestimmtes sexualbezogenes Netzangebot als „sexistisch“ ablehnen, ist nicht durch ihr biologisches Geschlecht vorgegeben, sondern maßgeblich durch ihre Interpretation der eigenen Geschlechtsrolle. So wird ein Webangebot zur weiblichen Sexualität, das in Pastelltönen gestaltet ist, romantische Zeichnungen und Liebesgedichte sowie eine ausdrückliche Distanzierung von pornografischen Darstellungsformen enthält, bei Frauen mit femininer Geschlechtsrollenorientierung anders ankommen als bei Frauen mit indifferenter, maskuliner, androgyner oder transgender Orientierung. Die *körperliche und seelische*

*Gesundheit* ist insofern ein Faktor, indem bei Einschränkungen der körperlichen Gesundheit und verringerter Mobilität Netzaktivitäten und -kontakte kompensatorisch zur sozialen Integration beitragen und sexuelle Aktivität ermöglichen können, die anderweitig nicht realisierbar ist. Bei psychischen Problemen und Störungen – z.B. geringes Selbstwertgefühl, Depressivität oder soziale Phobie – können Netzaktivitäten teils kompensierend, teils aber auch Problem stabilisierend wirken. Bei Unsicherheit hinsichtlich der eigenen sexuellen Orientierung kann im Zuge der aktiven Nutzung entsprechender Diskussionsgruppen die Selbstakzeptanz gesteigert und auch ein Coming-Out „im realen Leben“ vorbereitet werden. Umgekehrt können Cyberromane manchmal soziale und sexuelle Ängste verfestigen und Isolationsprobleme verschärfen.

*Fallbeispiel: [aus Gwinell, 1998]*

*Eine junge Frau, die unter Agoraphobie leidet und das Haus nicht verlassen kann, spielt ihrem Online-Liebhaber über Monate hinweg ein aktives Privat- und Berufsleben mit vielen außerhäuslichen sozialen Kontakten vor. Das Online-Paar schmiedet bereits Hochzeitspläne, doch sie ist letztlich nie in der Lage, ihrem in geografischer Nähe lebenden Cybergeliebten face-to-face zu begegnen, so dass er die Beziehung nach einem halben Jahr schließlich abbricht. Daraufhin geht sie eine neue Cyberbeziehung ein.*

### *Kontextmerkmale*

Welchen Stellenwert sexualbezogene Netznutzung bekommt, hängt u.a. davon ab, ob und inwieweit cybersexuelle Erlebnisse verheimlicht oder mit anderen Menschen im Umfeld geteilt werden können. Die *soziale Integration* dieser Erfahrungen hat so Einfluss auf deren Verarbeitung. Bestimmte Gefahren, die der Cyberliebe und -erotik zugesprochen werden, wie etwa ein eskapistisches Abdriften in Traumwelten, mögen nicht nur in der „Natur“ dieser computervermittelten Beziehungen liegen, sondern auch in der oft mangelnden Integration und Reflexion dieser Erfahrungen in alltäglichen Diskurszusammenhängen. Eine Person wird im Bekanntenkreis nicht von seiner Online-Liebe berichten, wenn sie davon ausgehen muss, dass die besondere Qualität und Dynamik der virtuellen Beziehung nicht nachvollzogen werden kann.

### *Medienmerkmale*

Es gibt zwei Modelle, die das besondere Potenzial des Internet – gerade auch im sexuellen Bereich – auf den Punkt bringen. Cooper (1998) benennt in seinem vorgeschlagenem Tripel-A-Modell drei Internetmerkmale, die sexualbezogene Nutzungsweisen besonders fördern, wobei er sich in erster Linie auf die Nutzung von vorhandenen Webangeboten bezieht: *Accessibility* (Millionen von Websites stehen täglich rund um die Uhr zur Verfügung), *Affordability* (sexuelle Netzangebote sind vergleichsweise preisgünstig) und *Anonymity* (die Möglichkeit zur anonymen

Netznutzung kann angesichts gesellschaftlicher Stigmatisierung sexueller Aktivitäten (Beteiligungshemmschwellen reduzieren). Döring (2003) ergänzt dieses Modell durch ihr Triple-C-Modell (*Communication, Collaboration, Community*) und hebt damit die Besonderheiten des Internet als ein interaktives Medium hervor.

### *Nutzungsdimensionen*

Gerade angesichts beliebter Pauschalaussagen über Nützlichkeit oder Schädlichkeit von Online-Sexualität ist darauf hinzuweisen, dass Personen-, Kontext- und Medienmerkmale in Kombination miteinander konkrete Nutzungsweisen hervorbringen, über die dann erst sexuelle Positiv- oder Negativ-Effekte vermittelt werden. All die angeführten Randbedingungen müssen berücksichtigt werden, um im Einzelfall salutogene oder pathogene Effekte der sexualbezogenen Netznutzung ausmachen zu können. Die Nutzungsweise lässt sich dabei auf verschiedenen Dimensionen verorten:

- selten vs. häufig
- passiv-rezeptiv vs. aktiv-produktiv
- sozial vs. nicht-sozial
- kommerziell vs. nicht-kommerziell
- Diskurs über Sexualität vs. sexuelle Interaktion

So wird z.B. das gelegentliche Abrufen von kostenlosen Sexualaufklärungs-Websites (selten, passiv-rezeptiv, nicht-sozial, nicht-kommerziell, Diskurs über Sexualität) oder das sporadische Austauschen von erotischen E-Mails mit Real-Life-Bekannten (selten, aktiv-produktiv, sozial, nicht-kommerziell, sexuelle Interaktion) die Sexualitäten der Beteiligten nicht im klinisch relevanten Sinne gefährden oder bereichern, andererseits das exzessive Abrufen von kostenpflichtigen Porno-Filmen (häufig, passiv-rezeptiv, nicht-sozial, kommerziell, sexuelle Interaktion) zur Kompensation sexueller Defizite in der Partnerschaft mittelfristig psychosoziale Probleme mit sich bringen.

## 4. Fazit

Durch die Etablierung des Internet als Alltagsmedium und seinen mediumimmanenten Charakteristika sind die Zugangsschwellen zu jeglicher Art sexualbezogenem Materials insgesamt geringer geworden. Dies eröffnet eine Reihe von Möglichkeiten, impliziert aber auch potenzielle Gefahren. Online-Sexualität birgt gesundheitspsychologisch relevante Risiken, wenn z.B. Cybersex sehr exzessiv betrieben wird oder eskapistische Motive überwiegen, beispielsweise bestehende Partnerschaftsprobleme nicht gelöst werden, sondern überdauernd die sexuelle Be-



friedigung ausschließlich im virtuellen Kontext gesucht wird. Zudem könnten sozial inkompatible sexuelle Begehrensformen, wie z.B. die Pädophilie, durch die niederschweligen Möglichkeiten des Internet zur Vernetzung mit Gleichgesinnten zu einem destruktiven Empowerment führen – eine bislang nicht empirisch fundierte, aber häufig diskutierte These. Aber nicht nur in pädophilen Kontexten kann internetbasiert Missbrauch betrieben werden – auch in bestimmten machtsymmetrischen Konstellationen unter Erwachsenen kann zur Teilnahme an Online-Sex gezwungen werden, der nicht gewollt wird. Und schließlich können auch selbst gewählte Online-Romanzen Schwierigkeiten mit sich bringen; der Leidensdruck der direkt und indirekt Betroffenen ist teilweise so groß, dass entsprechende Themen in der klinischen Praxis zur Sprache kommen.

Andererseits sollte aber das Netz als solches nicht als Problemverursacher betrachtet werden. Schließlich bietet es auch diverse Chancen, wie z.B. einen niederschweligen Zugang zu sexualbezogener Information, Selbsthilfe und Beratung. Das Netz ermöglicht zudem, sich konstruktiv mit sexuellen Erfahrungen auseinanderzusetzen, was in Offline-Kontexten oft nicht so gut möglich ist – sexuelle Selbstexploration kann in einem vergleichsweise sicheren Rahmen betrieben werden, Sexualdiskurse können geführt werden ohne die Furcht vor normativer und sozial stigmatisierter Bewertung, was kurative Effekte haben kann. Dies gilt für alle Altersgruppen, wobei insbesondere junge (vgl. Burda & Helfferich, 2005) und ältere Menschen (vgl. Adams, 2004) besonders profitieren können.

Positive Auswirkungen hat die Netzkommunikation für Menschen mit marginalisierten Begehrensformen: mit Gleichgesinnten in Kontakt zu kommen, kann helfen, das belastende Gefühl des Alleinseins mit seinen sexuellen Wünschen zu überwinden.

Darüber hinaus bietet das Internet als Forschungsinstrument die Möglichkeit, schwer zugängliche Stichproben zu ihrem Sexualverhalten zu befragen (z.B. junge Mädchen, vgl. Atwood, 2006; homosexuelle Männer, vgl. Campbell, 2004; transsexuelle Menschen, vgl. McLelland, 2002).

Werden die sexualbezogenen Netzangebote von interessierten Laien und Fachleuten erhalten und weiter ausgebaut, dann wird hier nicht nur ein wichtiger Schritt in Richtung präventiver und kurativer Gesundheitsförderung getan, sondern es könnten darüber hinaus aus dem Netzkontext möglicherweise fruchtbare Impulse kommen für einen gesamtgesellschaftlichen Verständigungsprozess, der die Bedeutung, Individualität und Vielfalt unserer Sexualitäten würdigt (Döring, 1998b).

## 5. Literatur

- ADAMS M. S. (2003). Sexuality of older adults and the Internet: From sex education to cybersex. *Sexual and Relationship Therapy*, 18 (3), 405–415.
- ATWOOD J. D. (2006). Mommy's Little Angel, Daddy's Little Girl: Do You Know What Your Pre-Teens Are Doing? *American Journal of Family Therapy*, 34 (5), 447–467.

- BARAK A. (2001). Toward an Internet-driven, theoretically-based, innovative approach to sex education. *Journal of Sex Research*, 38 (4), 324–332.
- BOIES S. C. (2004). The Internet, Sex, and Youths: Implications for Sexual Development. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 11 (4), 343–363.
- BURDA S. & HELFFERICH C. (2005). Wer hat Angst vorm bösen Wolf? Chancen und Risiken der Internetnutzung in der schulischen Sexualpädagogik. *Pro Familia-Magazin*, 4, 22–24.
- CAMPBELL J. E. (2004). *Getting it on online: Cyberspace, gay male sexuality, and embodied identity*. Binghamton, NY, US: Harrington Park Press.
- COOPER A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing into the new millenium. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 181–187.
- COOPER A., DELMONICO D. L. & BURG R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 5–29.
- COOPER A. & SPOTOLARI L. (2003). Romance in cyberspace: Understanding online attraction. In: Coleman M. & Ganong L. (Eds.), *Points & counterpoints: Controversial relationship and family issues in the 21st century (an anthology)* (pp. 4–9). Los Angeles, CA, US: Roxbury Publishing Co.
- DAVIS M. (2006). Sex and the Internet: Gay men, risk reduction and serostatus. *Culture, Health and Sexuality*, 8 (2), 161–174.
- DAVIS R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195.
- DEMMELE R. (2002). Internet Addiction: Ein Literaturüberblick. *Sucht – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis*, 48, 29–46.
- DÖRING N. (1998a). Sexualität im Internet. In: Krüger T. & Funke J. (Hrsg.), *Psychologie im Internet* (S. 70–83). Weinheim: Beltz.
- DÖRING, N. (1998b). Sexuelle Hilfe im Internet. In: Janssen L. (Hrsg.), *Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet* (S.129–157). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- DÖRING N. (2000). Romantische Beziehungen im Netz. In: Thimm C. (Hrsg.), *Soziales im Netz. Sprache, Beziehungen und Kommunikationskulturen im Netz* (S. 39–70). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- DÖRING N. (2003). Sex im Internet: (k)ein Thema für die Klinische Psychologie? In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 271–291). Göttingen: Hogrefe.
- DELMONICO D. L., GRIFFIN E. & CARNES P. J. (2002). Treating Online Compulsive Sexual Behavior: When Cybersex is the Drug of Choice. In: Cooper A. (Ed.), *Sex and the Internet: A Guidebook for Clinicians* (pp. 147–167). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- EICHENBERG C. (2001a). Knistern im Netz. Romanzen im Cyberspace – echte Liebesbeziehungen oder Pseudopartnerschaften? *c't Magazin für Computertechnik*. Heft 16/01, 84–91.
- EICHENBERG C. (2001b). Umgang mit sexuellen Problemen im Internet: Informations-, Beratungs- und Selbsthilfemöglichkeiten für Betroffene. *Psychotherapie im Dialog*, 2, 3, 367–374.

- EICHENBERG C. (2004a). Sexualität und Internet. In: pro-familia-Bundesverband (Hrsg.), *Dokumentation der Fachtagung „pro familia virtuell – Online-Dienstleistungen im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte“* (S. 17–30). Frankfurt/M.: pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.
- EICHENBERG C. (2004b). Spezifika der therapeutischen Beziehung im Online-Setting. *Psychotherapie im Dialog*, 4, 393–396.
- EICHENBERG C. (2006). Sexueller Kindesmissbrauch und Internet: Zwischen Prävention und Kriminalität. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin*, 4, 57–72.
- EICHENBERG C. (2007). Online-Sexualberatung: Wirksamkeit und Wirkweise. Evaluation eines Pro Familia Angebots. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 3, 247–262.
- EICHENBERG C. & CREUTZ R. (in Vorber.). *Barebacking – Bewusst ungeschützter Geschlechtsverkehr zwischen Männern: Motivation und Anbahnung über das Internet*.
- EICHENBERG C. & DÖRING N. (2006). Sexuelle Selbstdarstellung im Internet. Ergebnisse einer Inhaltsanalyse und einer explorativen Befragung zu privaten Websites. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 2, 133–153.
- EICHENBERG C., KLEMME A. & THEIMANN T. (2003). Internetsucht: Ein neues Störungsbild? Ein Überblick zu neueren Befunden. *Psychomed*, 2, 100–105.
- FRANKE G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory (BSI). Kurzform der SCL-90-R*. Göttingen: Hogrefe.
- GAUTHIER D. K. & FORSYTH C. J. (1998). Bareback Sex: Bug Chasers and the Gift of Death. *Deviant Behavior*, 20, 85–100.
- GOLDMAN J. D. G. (2001). Sexuality education across the lifecycle in the new millennium. *Sex Education*, 1 (3), 197–217.
- GONYEA J. L. J. (2004). Internet Sexuality: Clinical Implications for Couples. *American Journal of Family Therapy*, 32 (5), 375–390.
- GWINNELL E. (1998). *Online Seductions. Falling in Love with Strangers on the Internet*. New York, NY: Kodansha International.
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In J. Raithel (Hrsg.), *Risikoverhaltensweisen Jugendlicher. Erklärungen, Formen und Prävention*. Opladen: Leske und Budrich.
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2003). Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In: Theobald A., Dreyer M. & Starsetzki T. (Hrsg.), *Handbuch zur Online-Marktforschung. Beiträge aus Wissenschaft und Praxis* (2. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- HALKITIS P. N., PARSONS J. T. & WILTON L. (2003). Barebacking Among Gay and Bisexual Men in New York City: Explanations for the Emergence of Intentional Unsafe Behavior. *Archives of Sexual Behavior*, 32, 351–357.
- HALL P. (2004). Online psychosexual therapy: A summary of pilot study findings. *Sexual and Relationship Therapy*, 19, 167–178.
- HAMMELSTEIN P. (2005). Die deutschsprachige Version der Sexual Sensation Seeking Scale und der Sexual Compulsivity Scale. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 18, 135–147.
- HAMMELSTEIN P. & REGLI D. (in press). The role of sensation seeking and sexual compulsivity in unsafe sexual behavior in men who have sex with men (MSM). Results of a web-based study. *AIDS and Behavior*.

- HOLMES D. & WARNER D. (2005). The anatomy of a forbidden desire: men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry*, 12, 10–20.
- KALICHMAN S. C. & ROMPA D. (1995). The Sexual sensation seeking and sexual compulsivity scales: Reliability, validity and predicting HIV risk behavior. *J Pers Assess*, 65, 586–601.
- KELLER S. N. (2002). STD/HIV prevention for teenagers: A look at the Internet universe. *Journal of Health Communication*, 7 (4), 341–353.
- KLAUSNER J. D. (2004). Internet-based site-specific interventions for syphilis prevention among gay and bisexual men. *AIDS-Care*, 16 (8), 964–970.
- LASZIG P. & EICHENBERG C. (2003). Online-Beratung und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 3, 193–198.
- LEIDLMAIR K. (2001). Sexualität im Netz – Wenn die Schrift zur Stimme wird. *Sexuologie*, 8, 119–144.
- MAHEU M. M. (2000). Cyber-affairs Survey Results. *Self-Help & Psychology Magazine*, Rubrik “Cyber-affairs”. [Online-Dokument] [www.shpm.com/articles/cyber\\_romance/](http://www.shpm.com/articles/cyber_romance/) [28.06.2008]
- MANSERGH G., MARKS G., COLFAX G. N., GUZMAN R., RADER M. & BUCHBINDER S. (2002). Barebacking in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 16, 653–659.
- MCLELLAND M. (2002). The Newhalf net: Japan’s „Intermediate Sex“ on-line. *International Journal of Sexuality and Gender Studies*, 2–3, 163–175.
- MEERKERK G.-J. (2006). Predicting Compulsive Internet Use: It’s All about Sex. *CyberPsychology and Behaviour*, 9 (1), 95–103.
- OTT R. & EICHENBERG C. (2002). Das Internet und die Klinische Psychologie: Schnittstellen zwischen einem neuen Medium und einem psychologischen Anwendungsfach. *Psychotraumatologie*, 4. [Online-Dokument] [www.christiane-eichenberg.de/Article.htm](http://www.christiane-eichenberg.de/Article.htm) [28.06.2008]
- PARKER T. S. & WAMPLER K. S. (2003). How bad is it? Perceptions of the relationship impact of different types of Internet sexual activities. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 25, 415–429.
- PETRY J. (2003). Pathologischer PC-Gebrauch: Nosologische Einordnung und Falldarstellung. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 257–270). Göttingen: Hogrefe.
- RKI (2005). Epidemiologisches Bulletin 47/2005. Verfügbar unter: [www.rki.de/cln\\_011/nn\\_334076/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/47\\_05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/47\\_05](http://www.rki.de/cln_011/nn_334076/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2005/47_05,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/47_05) [28.06.2008]
- RKI (2006). HIV und AIDS in Deutschland – Eckdaten. Verfügbar unter: [www.rki.de/cln\\_011/nn\\_334076/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten\\_und\\_Berichte/EckdatenDeutschland,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenDeutschland](http://www.rki.de/cln_011/nn_334076/DE/Content/InfAZ/H/HIVAIDS/Epidemiologie/Daten_und_Berichte/EckdatenDeutschland,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/EckdatenDeutschland) [28.06.2008]
- SCHNEIDER J. P. (2000). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 4, 249–278.

- SCHNEIDER J. P. (2002). The New "Elephant in the Living Room": Effects of Compulsive Cybersex Behaviors on the Spouse. In: Cooper A. (Ed.), *Sex and the Internet: A Guidebook for Clinicians* (pp. 169–186). Philadelphia, PA: Brunner-Routledge.
- SCHNEIDER J. P. (2003). The impact of compulsive cybersex behaviours on the family. *Sexual and Relationship Therapy*, 3, 329–354.
- SCHWARTZ M. F. & SOUTHERN S. (2000). Compulsive cybersex: The new tea room. *Sexual addiction & compulsivity*, 1–2, 127–144.
- STERN S. (2002). Sexual selves on the World Wide Web: Adolescent girls' home pages as sites for sexual self-expression. In: Brown J., Steele J. & Walsh-Childers K. (Eds), *Sexual teens, sexual media: Investigating media's influence on adolescent sexuality* (pp. 265–285). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- SUAREZ T. & MILLER J. (2001). Negotiating Risks in Context: A Perspective on Unprotected Anal Intercourse and Barebacking Among Men Who Have Sex With Men – Where Do We Go From Here?. *Archives of Sexual Behavior*, 30, 287–300.
- SUZUKI L. K. (2004). The search for peer advice in cyberspace: An examination of online teen bulletin boards about health and sexuality. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 25 (6), 685–698.
- TEWSKBURY R. (2003). Bareback Sex and the Quest for HIV: Assessing the Relationship in Internet Personal Advertisements of Men Who Have Sex With Men. *Deviant Behavior*, 24, 467–483.
- UNAIDS (2006). *Overview of the global AIDS epidemic*. Verfügbar unter: [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR\\_CH02\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf) [28.06.2008]
- YOUNG K. S. (1999a). *Caught in the Net. Suchtgefahr Internet*. München: Kösel Verlag.
- YOUNG K. S. (1999b). *Cybersexual Addiction*. [Online-Dokument] [www.netaddiction.com/cybersexual\\_addiction.htm](http://www.netaddiction.com/cybersexual_addiction.htm) [28.06.2008]
- YOUNG K. S., GRIFFEN-SHELLEY E., COOPER A., O'MARA J. & BUCHMAN J. (2000). Online Infidelity: A New Dimension in Couple Relationships with Implications for Evaluation and Treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 1–2, 59–74.



|||.

**Intervention**

# Neue Technologien in der Behandlung von Essstörungen insbesondere in der Selbsthilfe der Bulimia nervosa

Gudrun Wagner\* und  
Andreas Karwautz

Im Folgenden werden neben einer Kurzbeschreibung des klinischen Krankheitsbildes der Bulimia nervosa (BN) die therapeutischen Richtlinien für die Behandlung der BN und der Stellenwert von Selbsthilfeprogrammen in der Therapie dargestellt. Im Mittelpunkt steht die Vorstellung und Evaluierung von internetgestützten Selbsthilfeprogrammen und E-Mail Therapien für Frauen mit BN sowie die Bedeutung der therapeutischen Beziehung bei internetbasierten Interventionen bei Frauen mit BN. Bestehende Internetplattformen zur Informationsvermittlung sowie internetbasierte Programme zur Prävention und Rückfallprophylaxe bei Essstörungen werden kurz zusammengefasst.

## 1. Diagnose und Prävalenz der BN

Nach DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) besteht die Diagnose einer BN bei Auftreten wiederholter Episoden von Essanfällen (Kriterium A), die einerseits durch den Verzehr von großen Nahrungsmengen in einem relativ kurzen Zeitraum und andererseits durch das Gefühl des Kontrollverlustes gekennzeichnet sind, und der wiederholten Anwendung von kompensatorischen Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, um einer Gewichtszunahme gegenzusteuern (Kriterium B), in einer

---

\* Korrespondenzadresse: Gudrun Wagner, Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters, Ambulanz für Essstörungen; Währinger Gürtel 18-20; A-1090 Wien, Österreich

Frequenz von durchschnittlich zweimal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten (Kriterium C). Der Selbstwert hängt in übermäßigem Ausmaß von Figur und Körpergewicht ab (Kriterium D), und die Betroffenen fühlen sich trotz eines normalen Körpergewichts zu dick. Die übermäßige Beschäftigung mit dem Essen, der Beschaffung von Nahrungsmitteln, die Essenszubereitung, Essanfälle und das „Wiederloswerden“ des Essens bestimmen den Tagesablauf. Aufgrund der Tendenz, die Erkrankung vor der Umwelt zu verbergen, wird die BN auch als die „heimliche“ Essstörung bezeichnet.

Das Geschlechterverhältnis von betroffenen Frauen und Männern mit BN liegt bei 18:1 (Currin, Schmidt, Treasure & Jick, 2005). Durchschnittliche *Prävalenzraten* für BN bei jungen Frauen liegen bei 1 %; eine hohe Dunkelziffer von Betroffenen, die nicht öffentlich registriert sind, ist vorhanden. In psychiatrischen Einrichtungen werden nur etwa 6 % der Betroffenen mit BN behandelt (Hoek, 2006). Als wesentlich für einen guten Behandlungserfolg erweisen sich eine frühzeitige Erkennung der Erkrankung und ein früher Interventionsbeginn (Currin et al., 2005). In der Realität besteht jedoch oft ein wesentlich längerer Leidensweg, bis professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird. Bis zur stationären Aufnahme an einer psychiatrischen Klinik liegt im Erwachsenenalter eine durchschnittliche Krankheitsdauer von sieben Jahren (Schmidt, 2007), Untersuchungen an Studentinnen mit einer DSM-IV Essstörungsdiagnose zeigten, dass nur ein Fünftel (20,4 %) jemals eine Behandlung für ihre Essstörung in Anspruch genommen hat (Robinson & Serfaty, 2007).

## 2. Therapierichtlinien für BN

Sowohl nach den englischen Leitlinien des National Institutes for Clinical Excellence (NICE, 2004) als auch den amerikanischen Leitlinien der American Psychiatric Association (APA, 2006) sind in der Therapie der BN psychotherapeutische Ansätze die Therapie der ersten Wahl. Für die Wirksamkeit von Kognitiv-Verhaltenstherapeutischen Programmen liegt die meiste Evidenz vor. Alternativ können Interpersonelle Therapie, Dialektische Verhaltenstherapie oder Psychodynamische Therapie angeboten werden. Die NICE Leitlinien empfehlen für die klinische Praxis im Sinne eines gestuften Vorgehens (stepped-care approach) als ersten möglichen Behandlungsschritt die Anwendung von evidenzbasierten Selbsthilfeprogrammen. Bewirken diese eine Symptomverbesserung, so kann diese Behandlung auf unterster Stufe (Stufe 1) mit Motivation und Unterstützung von Professionisten im Gesundheitswesen weitergeführt werden. Diese Art der Behandlung kann für eine Untergruppe von Patienten mit BN ausreichend sein. Auf Stufe 2 ist eine speziell für BN adaptierte Form der Kognitiven Verhaltenstherapie in einem Ausmaß von 16 bis 20 Sitzungen in der Regel über vier bis fünf Monate als Gruppen- oder Einzeltherapie vorgesehen, welche in 40–60 % der Fälle zu Symptommfreiheit nach Behandlung und im Follow-up führt (Williams, 2003). Zeigt



Kognitive Verhaltenstherapie keine positive Wirkung, ist diese Form der Therapie nicht verfügbar oder wollen Betroffene diese Form der therapeutischen Intervention nicht in Anspruch nehmen, sollten andere Therapieformen in Erwägung gezogen werden, wie z.B. Interpersonelle Therapie, wobei die Behandlungsdauer im Falle von Interpersoneller Therapie bei 8–12 Monaten liegt, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen (NICE, 2004). Die Vorteile derartiger Leitlinien liegen in der Berücksichtigung von kontrollierten Studien, in der klinischen Realität sind sie jedoch nicht immer umsetzbar.

### 3. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe bei BN

In den letzten zehn Jahren belegte eine Reihe von Studien die Wirksamkeit von *reiner Selbsthilfe* oder *geleiteter Selbsthilfe* bei BN und Binge Eating Disorder (BED) (Bailer et al., 2004; Myers, Swan-Kremeier, Wonderlich, Lancaster & Mitchell, 2004). Im Vergleich zur reinen Selbsthilfe, die in der selbstständigen Bearbeitung von Selbsthilfeprogrammen durch die Betroffenen besteht, erfolgt in einer geleiteten Selbsthilfe in regelmäßigen Abständen zusätzliche Unterstützung durch Professionisten aus dem Gesundheitswesen (Psychologen, Ernährungswissenschaftler, Krankenschwester, Ärzte) in Form von E-Mail-, Telefon- oder face-to-face Kontakten.

Ressourcen-, Kosten- und Zeitersparnis von Seiten der behandelnden Institutionen und eine große Zahl an Behandlungsbedürftigen sprechen für derartige Selbsthilfeangebote in der Behandlung von BN. Bei fehlender Vollversorgung (besonders bei Minderjährigen) und geringen staatlichen Geldmitteln für Psychotherapie werden Kostendruck und der Ruf nach Kosteneffizienz immer größer. Niederschwellige Angebote liegen in Form von Selbsthilfemanualen (Bibliotherapie), computergestützten Programmen (CD-Rom- oder internetbasiert) oder in Form von Telefonberatungen vor (Williams, 2003). Selbsthilfemanuale oder internetgestützte Anwendungen basieren in der Regel auf der Kognitiven Verhaltenstherapie und beinhalten Elemente zur Informationsvermittlung (wie z.B. Regelkreis von Binge-Purging Verhalten), zur Motivation, Identifikation von Auslösern für Essanfälle mit begleitenden Gefühlen, Identifikation und Modifikation von automatischen Gedanken, Vermittlung von Problemlösungsstrategien, zu Selbstwert erhöhenden Strategien sowie Elementen zur Rückfallprophylaxe. Ein wesentlicher Bestandteil dieser Anwendungen ist das Führen eines Essstagebuchs. Im deutschsprachigen Raum kommen Selbsthilfebücher wie z.B. „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 1996) zum Einsatz. Diese Medien sind in der Regel gut verfügbar und bieten Betroffenen einen niederschweligen Zugang zum therapeutischen Angebot. Dies ist vor allem in Regionen von Bedeutung, in denen spezifische Psychotherapie nicht oder zu wenig vorhanden ist oder in sehr großen Staaten wie den USA.

Die Bearbeitungszeit von Selbsthilfeprogrammen wurde für Evaluationsstudien im Allgemeinen für einen Zeitraum von 3 bis 4 Monaten festgesetzt.

*Nach Williams (2003) hat Selbsthilfe folgende Vorteile:*

- Beliebtheit und gute Akzeptanz
- Rasche Verfügbarkeit
- Geringer Preis / Kosteneffizienz
- Vermeidung von Problemen mit Intimität in der Psychotherapie
- Vermeidung von Stigmatisierung durch Psychotherapie
- Eigenständige Zeiteinteilung
- Vermittlung von Wissen
- Erhöhung der Selbsteffizienz
- Verstärkung von Lerneffekten
- Auffrischen von Therapiemodulen so häufig wie notwendig und gewünscht
- Niederschwellige Intervention VOR drohender Chronifizierung

Geleitete oder reine Selbsthilfe ist in der Behandlung der BN im Erwachsenenalter etabliert (Bailer et al., 2004; Karwautz, 2007;) und hat sich auch für Adoleszente als gut akzeptiertes Format erwiesen (Farrand, Perry, Lee & Parker, 2006; Schmidt et al., 2007).

In einer rezenten Cochrane-Reviewarbeit (Perkins, Murphy, Schmidt & Williams, 2006) wurde die Effektivität reiner Selbsthilfe und geleiteter Selbsthilfe, die im Rahmen randomisiert kontrollierter klinischer Studien durchgeführt wurde, evaluiert. Verglichen wurde mit Wartelisten-Kontrollgruppen, anderen psychologischen Interventionen oder pharmakologischer Behandlung; die Beurteilung erfolgte anhand der Veränderung von Essstörungssymptomen. In die Beurteilung aufgenommen wurden 15 Untersuchungen zu BN, BED und Eating Disorders Not Otherwise Specified (EDNOS), die Manual-basierte Interventionen beinhalteten und über Nachuntersuchungen nach 3 bis 18 Monaten verfügten. Die Hauptegebnisse waren, dass im Vergleich zu Wartelisten-Kontrollen sowohl mittels reiner Selbsthilfe als auch geleiteter Selbsthilfe bei BN, BED und EDNOS sowohl essstörungsspezifische als auch andere begleitende psychopathologische Auffälligkeiten und soziale Beziehungen verbessert werden konnten. Effektgrößen wurden als mittel eingestuft. Keine Unterschiede ergaben sich zwischen geleiteter Selbsthilfe und individueller Verhaltenstherapie, Interpersoneller Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Gruppen. Obwohl geleitete Selbsthilfe tendenziell zu besseren Erfolgen führte als reine Selbsthilfe, war ein statistischer Unterschied nicht nachweisbar. Insgesamt wurde Selbsthilfe in der Behandlung von BN, BED und EDNOS als gangbare Alternative zu herkömmlichen psychotherapeutischen Interventionen beurteilt. Geleitete Selbsthilfe liegt demnach in ihrer Wirksamkeit auf einem Kontinuum zwischen reiner Selbsthilfe und „klassischer“ Psychotherapie.

## 4. Internetgestützte Selbsthilfeprogramme und E-Mail Therapie für Frauen mit BN

Das Programm SALUT BN ist ein internetbasiertes, auf der Kognitiven Verhaltenstherapie aufgebautes *Selbsthilfeprogramm* für Patienten mit BN vom purging Typ und in acht Sprachen verfügbar (deutsch, englisch, französisch, italienisch, spanisch, schwedisch, holländisch und norwegisch). Die Entwicklung erfolgte in einer Kooperation zwischen der Universitätsklinik Genf und dem Softwareunternehmen NetUnion in der Schweiz. Das Programm kann in unterschiedlichen Phasen der Behandlung eingesetzt werden, von frühen Interventionsmaßnahmen bis zur Rückfallprophylaxe. Es enthält sieben Evaluations- und Behandlungsmodule, die von einer aktuellen Bestandsaufnahme des pathologischen Essverhaltens über Schritte zur Veränderung dieses Verhaltens bis hin zur Rückfallvorsorge auf die Erlangung eines normalen Essverhaltens abzielen. Im Zentrum stehen das tägliche Ausfüllen eines Esstagebuchs, die Identifikation von beobachteten Auslösern der Ess-Brechanfälle sowie die Erarbeitung von Strategien zur Vermeidung der Ess-Brechanfälle. Flankierende Maßnahmen sind die Vermittlung von Problemlösungsstrategien, kognitive Umstrukturierung von negativen Schemata und der Aufbau eines positiven Selbstwertgefühls, unabhängig von Figur und Gewicht.

*SALUT BN besteht aus folgenden sieben Schritten:*

- Motivation
- Selbstbeobachtung
- Verhaltensänderung
- Problemlösen
- Kognitive Umstrukturierung
- Selbstbehauptung
- Rückfallprävention

Neben der Bereitstellung von Informationsmaterial zum Thema, wie zum Beispiel den Mechanismen zur Aufrechterhaltung von Essstörungen, sind verschiedene Übungen und wöchentliche Zusammenfassungen des Esstagebuchs wesentlicher Bestandteil des Programms. Unmittelbares Feedback über erfolgte Veränderungen wird mittels anschaulicher Grafiken möglich. Empfohlen wird die Bearbeitung des Programms nur mit Unterstützung eines Coaches, der im Gesundheitswesen tätig ist. Drei persönliche Kontaktgespräche finden mit dem Coach während einer Bearbeitungsdauer von bis zu sechs Monaten statt. Einmal wöchentlich erfolgt ein E-Mail-Austausch zwischen PatientIn und Coach, mit dem definierten Ziel der Ermutigung, Verstärkung und Beantwortung von Fragen. Es wird keine E-Mail Therapie durchgeführt.

Wissenschaftlich evaluiert wurde SALUT BN bisher in vier unabhängigen Studien in der Schweiz, Schweden und Deutschland (Carrard et al., 2006; Liwowsky, Cebulla & Fichter, 2006; Nevenon, Mark, Levin, Lindström & Paulson-Karlsson, 2006;

Rouget, Carrard & Archinard, 2005;). Behandelt wurden erwachsene Frauen mit BN vom purging Typ oder EDNOS. Die Erhebungen erfolgten jeweils zu Beginn, nach vier Monaten und nach sechs Monaten. Drop-Out Raten bis zum Ende des Programms nach sechs Monaten lagen je nach Studie zwischen 22,7% (Liwowsky, Cebulla & Fichter, 2006) und 82% (Nevonen et al., 2006) und wurden durch den Schweregrad der Essstörung, das Ausmaß an psychiatrischer Komorbidität und Persönlichkeitsmerkmalen beeinflusst (Fernandez-Aranda et al., 2005). Bei etwa zwei Drittel der Patientinnen zeigte sich eine Reduktion der Essanfälle nach 4 Monaten (68,9%), die großteils bis zum 6. Monat aufrecht erhalten wurde. Eine Reduktion des Erbrechens wurde bei mehr als der Hälfte der Patientinnen (58,6%) bis zum Monat 4 erzielt, die bis zum Ende des Programms auf 60,8% erhöht werden konnte. Signifikante Verbesserungen zeigten sich sowohl in essstörungsbezogener als auch allgemeiner Psychopathologie wie Depression und Angst. Am meisten konnten jene Teilnehmerinnen davon profitieren, die das Programm bis zu Ende durcharbeiteten. Insgesamt wurde das internetbasierte Selbsthilfeprogramm SALUT BN als wirksame Interventionsform beurteilt. Vergleiche mit psychoedukativer Gruppentherapie ergaben hinsichtlich einer symptomatischen Verbesserung ähnliche Resultate (Fernandez-Aranda et al., 2005). Geringe Fallzahlen und kurze Follow-up Zeiträume machen weitere Studien erforderlich, um vor allem die Langzeit-Effektivität dieser Interventionsform zu bestätigen. Analysen der Zugriffe auf das Programm machten deutlich, dass es zu einem Großteil außerhalb von regulären Arbeitszeiten genutzt wurde, das heißt nach 19:00 Uhr und an Wochenenden.

Eine randomisiert kontrollierte Studie zu SALUT BN wird derzeit an der Medizinischen Universität Wien (Essstörungsambulanz, Leitung: Univ.-Prof. Dr. Andreas Karwautz) durchgeführt. An einer Stichprobe von 200 Teilnehmerinnen mit BN wird das Programm SALUT BN mit dem Selbsthilfebuch „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 2001) verglichen, das in seiner Wirksamkeit in mehreren Studien belegt wurde (Perkins, Murphy, Schmidt & Williams, 2006). Die Leserinnen des Selbsthilfebuchs werden ebenfalls durch wöchentlichen E-Mail Kontakt begleitet. Von Interesse sind Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen dem Einsatz neuer Technologien im Bereich der Selbsthilfe im Vergleich zu konventionellen Medien (Büchern) hinsichtlich Therapieerfolg und Prädiktoren für diesen (Nobis et al., 2005, 2006).

Ein ähnliches Interventionsprogramm für Patientinnen mit BN und BED, ein auf der Kognitiven Verhaltenstherapie basierendes Selbsthilfebuch kombiniert mit E-Mail Kommunikation und einem Online-Diskussionsforum, wurde von Ljotsson et al. (2007) in Schweden evaluiert und mit einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen. Der Behandlungszeitraum lag bei drei Monaten, die Nachuntersuchung erfolgte nach sechs Monaten. Mehr als zwei Drittel der Teilnehmerinnen (68,6%) beendeten das Programm. Intention-to-treat Analysen ergaben, dass am Ende des Behandlungszeitraums etwas mehr als ein Drittel der Teilnehmer (37%) keine Essanfälle oder keine kompensatorischen Maßnahmen zeigten und fast die Hälfte der Teilnehmer (46%), die das Programm beendet hatten, symptomfrei wa-

ren. Hinsichtlich verschiedener Outcome-Variablen erreichten 31–43 % der Interventionsgruppe eine vollständige Genesung, 13–33 % hatten sich signifikant verbessert. Insgesamt wurde das Format von den Betroffenen gut akzeptiert und als wirksam für die Behandlung der BN beurteilt.

In einem britischen Pilotprojekt (in Kooperation mit dem Priory Hospital, North London, UK) wurde reine *E-Mail-Therapie* an einer Studentengruppe mit DSM-IV diagnostizierter BN, EDNOS und BED evaluiert und mit reiner Schreibtherapie mit minimaler therapeutischer Intervention und einer Wartelisten-Kontrollgruppe verglichen (Robinson & Serfaty, 2007). Die Therapie dauerte drei Monate und basierte auf verhaltenstherapeutischen Techniken, welche die Führung eines Ess- und Gefühlstagebuchs, Motivation zu regelmäßigen Mahlzeiten, die Identifizierung und Modifizierung automatischer Gedanken und essstörungsspezifischer kognitiver Stile sowie die Untersuchung von Beziehungen und krankheitsverschlechternden Faktoren inkludierte. Der E-Mail Austausch zwischen Betroffenen und Therapeuten erfolgte ein- bis zweimal pro Woche und wurde Online supervidiert. Nach drei Monaten erfüllten mehr als ein Viertel der Gruppe, die E-Mail-Therapie erhalten hatten, nicht mehr die Kriterien für eine Essstörungsdiagnose (28,6 %), im Vergleich zu 17,2 % in der Schreibtherapie und 0 % in der Wartelistenkontrollgruppe. Der Zugang übers Internet wurde gut akzeptiert, die Gruppe mit Schreibtherapie beklagte das mangelnde Feedback und stützende Anleitungen durch einen Therapeuten. Insgesamt wurde E-Mail Therapie als wirksam bei der Behandlung von BN, EDNOS und BED beurteilt. Eine Gruppe von Betroffenen, die davor keine Essstörungsdiagnose erhalten hatte, konnte über den Internetzugang frühzeitig identifiziert und behandelt werden.

Ein umfassendes Selbsthilfeprogramm im Internet speziell für Jugendliche mit BN und EDNOS (BYTE: Bulimia in Young People – Treated Early, [www.overcomingbulimia.com](http://www.overcomingbulimia.com)) wird über britische Essstörungseinrichtungen angeboten. Das verhaltenstherapeutisch basierte Programm beinhaltet Videoclips, Animationen und Soundtracks, um inhaltliche Konzepte zur Bulimie zu erklären und Fertigkeiten zu vermitteln. Dieses Multi-Mediapaket bietet in acht Einheiten neben der Unterstützung für Betroffene ein zusätzliches Forum zum Informationsaustausch mit anderen Bulimie-Kranken, Informationen für die Eltern von Betroffenen und Kriseninterventionen durch einen Kliniker. Erste Ergebnisse zeigen Remissionsraten von 35 % nach sechs Monaten (definiert durch ein Binge-/purging-Verhalten von weniger als 2x/Woche) und Abstinenzraten von Essanfällen, Erbrechen oder Laxantienabusus von 18 % nach sechs Monaten (Schmidt, 2007).

## 5. Die therapeutische Beziehung in einer internetgestützten Therapie

Hinsichtlich des immer breiter werdenden Angebotes von internetbasierter Therapie, Beratung und Informationsvermittlung herrscht nach wie vor Skepsis unter klinischen Experten, obwohl die Tendenz für eine Akzeptanz dieser Form im Steigen begriffen ist (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004). Einer der Kritikpunkte liegt in der *therapeutischen Beziehung*, die einen zentralen Faktor im therapeutischen Prozess darstellt. Es bestehen Befürchtungen, dass diese Beziehung im Online-Kontakt auf unpersönlicher Ebene, in reduzierter Form und Intensität stattfindet. Beziehungen im Internet sind durch Neigung zur Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet. Bei größtmöglicher Distanz und Kontrolle der Kommunikation ist es möglich, ungehemmt über sich oder Aspekte des Selbst zu kommunizieren (Lindner & Fiedler, 2007). Vor allem aus psychoanalytischer Sicht wird persönliche Begegnung als unabdingbare Voraussetzung für Psychotherapie angesehen, die haltgebende Funktion personaler Beziehung würde im Rahmen einer Internetbehandlung auf das Netz übergehen, der Behandler wird nicht mehr als personales Gegenüber, sondern als Teil des Netzes erlebt. Internetbehandlung löst aus psychoanalytischer Sicht Grenzen auf und wirkt somit regressionsfördernd. Den mit Zeit- und Effektivitätsargumenten angebotenen manualisierten Behandlungen über das Internet stehen Psychoanalytiker skeptisch gegenüber, weil aus ihrer Sicht Seelisches auch Zeit für Entwicklung braucht (Rupert, 2007).

Unterschieden werden muss in der Diskussion zwischen den verschiedenen psychologischen Interventionen: Bei *Online-Beratungen* werden bei einmaligen Anfragen bzw. sporadischen Kontakten Informationen im Sinne einer Psychoedukation bereitgestellt, und die therapeutische Beziehung spielt hier eine untergeordnete Rolle. Die *Online-Therapie* hingegen beinhaltet „... einen regelmäßigen, über einen längeren Zeitraum anhaltenden therapeutischen Kontakt, in dessen Rahmen komplexere psychopathologische Probleme behandelt werden“ (Knaevelsrud et al., 2004, S. 177). Bezug genommen wird hier auf ein asynchrones Setting in der Kommunikation, wie sie im E-Mail Austausch vorkommt und nicht auf zeitgleichen Internet-Chat oder eine Online-Videokonferenzschaltung. Der Kontakt basiert also auf einem geschriebenen Text, der zeitverschoben rezipiert wird. In dieser Kommunikationsform zwischen Patienten und Therapeuten fehlen *nonverbale Signale* wie Augenkontakt, Körpersprache und Betonungen in der gesprochenen Sprache, hervorgerufen durch die fehlende physische Präsenz des Gegenübers. Unmittelbare Reaktionen sind nicht möglich, es könnte zu Missverständnissen kommen, die nicht oder zeitverzögert aufgeklärt werden können. Als wesentliche Aspekte, um die Therapie gelingen zu lassen, führen Knaevelsrud et al. (2004) die Wichtigkeit von häufigen Zusammenfassungen und expliziten Verbalisierungen von Reaktionen an. Jedoch sei Kommunikation im Internet nicht ausschließlich als defizitär zu beurteilen. Kompensiert werden können fehlende nonverbale Signale durch Modifikation des Schrifttyps, Emoticons bzw. geschrie-

bene emotionale Reaktionen. Kommunikationsfrequenz, Umfang und Antwort-schnelligkeiten sollen im Vorfeld definiert, und somit optimale Rahmenbedingungen geschaffen werden. Die stärkere Anonymität macht von Seiten des Patienten einen intimeren, offeneren und aufrichtigeren Informationsaustausch möglich (*Enthemmungseffekt*), der sie schneller zum Wesentlichen bringt und sonst kaum zugelassene Selbstaspekte äußern lässt. Da der Austausch schriftlich erfolgt, ist eine Reflexion der Korrespondenz möglich; von Seiten des Therapeuten ist hiermit eine sorgfältig überlegte Intervention möglich, für Supervisionen steht der gesamte psychotherapeutische Prozess in Textform zur Verfügung. Empirische Befunde zur internetbasierten Behandlung von Patienten zeigen, dass diese zu 75 % oder sogar mehr von den Patienten als angenehm (88 %), und persönlich (75 %) erlebt wurde und der direkte Kontakt zum Therapeuten in mehr als zwei Drittel der Fälle (68 %) den Patienten nicht fehlte (Lange, Ven, Schrieken & Smit, 2003). Zusammenfassend belegen empirische Befunde, dass stützende und vertrauliche Beziehungen auch über das Internet aufgebaut werden können (Celio et al., 2000). Diese Form der Therapie scheint die Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe zu erleichtern und es zu ermöglichen, sonst unversorgte Klientel zu erreichen. Umfragen in einer Patientengruppe in Online-Therapie ergaben, dass 75 % überhaupt erstmals psychotherapeutischen Kontakt hatten und 65 % im Anschluss Kontakt zu einem ambulanten Psychotherapeuten aufnahmen. Der Prozess des Schreibens an sich fördert die Reflexion, ein wichtiger Faktor in der Veränderung. Texte können immer wieder gelesen werden und erarbeitete Handlungsalternativen und Perspektivenwechsel können immer wieder vergegenwärtigt werden. Somit kann das Erarbeitete auch in der Rückfallprophylaxe weiter als Stütze herangezogen werden.

## 6. EXKURS: Die Bedeutung von Scham in der therapeutischen Beziehung bei Essstörungen (Skarderud, 2003)

Ausgeprägte *körperliche Scham* kann in einer face-to-face Therapiesitzung auf die Konzentration im therapeutischen Gespräch Auswirkungen haben. Der Körper mit negativer emotionaler und kognitiver Besetzung kann ein Hindernis für einen offenen Dialog darstellen. Nicht nur der Körper der Klientin, sondern auch der Körper des Therapeuten kann eine hinderliche Rolle in der therapeutischen Beziehung spielen. So kann es für Patienten mit einer Essstörung schwierig sein, eine vertrauensvolle Beziehung zu einem adipösen oder sehr schlanken Therapeuten aufzubauen. Scham spielt in der Entstehung und als Konsequenz von Essstörungen eine Rolle. Viele Patienten schämen sich für ihre Essstörung. Diese Scham kann sowohl auf den Körper, als auch auf das Essverhalten bezogen sein. Bei derart schambesetzten Störungen wie Essstörungen kann der Einsatz computerbasierter



Technologien eine neue Möglichkeit in der Therapie darstellen. Da der problem- und schambesetzte Körper übers Internet nicht direkt wahrgenommen wird, kann diese Form besonders günstig in der Behandlung von Essstörungen sein. Neue Technologien erleichtern den ersten Hilfe suchenden Kontakt bei schambesetzten Themen wie Essanfällen und Erbrechen und können somit den ersten Schritt in der Essstörungenbehandlung darstellen.

## 7. Internetplattformen zur Informationsvermittlung von Betroffenen und Angehörigen

Um bestehenden Informationsdefiziten bei Betroffenen und Angehörigen entgegenzuwirken, wurde in Deutschland von der Deutschen Forschungsinitiative Essstörungen e.V. (DFE) 1998 der Internetserver „ab-server“ gegründet, in Österreich stehen seit 1990 das Netzwerk Essstörungen mit der Seite [www.netzwerk-essstoerungen.at](http://www.netzwerk-essstoerungen.at) und seit 1998 die Internetsite [www.essstoerungshotline.at](http://www.essstoerungshotline.at) vom Wiener Programm für Frauengesundheit als Informationsquelle und Online-Beratungsstelle für Essstörungen zur Verfügung. Inhalte sind neben der Möglichkeit von direkten Anfragen per E-Mail die Bereitstellung von krankheits- und behandlungsrelevanten Informationen, wie Informationen über spezialisierte Kliniken und therapeutische Einrichtungen und Selbsthilfegruppen. Darüber hinaus bietet [www.ess-stoerung.eu](http://www.ess-stoerung.eu) eine Bewertung von essstörungsspezifischen Webseiten sowie Buchbesprechungen und Literaturtipps zum Thema Essstörungen, Informationen über essstörungsspezifische Veranstaltungen, Fachgesellschaften, Fachzeitschriften, aktuelle Forschungsprojekte und internationale Therapierichtlinien für Essstörungen.

Analysen der Online-Beratung über den „ab-server“ ergaben, dass sich über die Hälfte der Anfragen auf den Symptombereich der BN bezogen (59 %), 14,9 % auf das Krankheitsbild der Anorexia nervosa (AN) und 11,5 % auf die BED. Über die Hälfte der Anfragen (54,1 %) wurde von aktuell an Essstörungen erkrankten Personen gestellt, von denen zum Zeitpunkt der Anfrage nur knapp ein Fünftel (20,4 %) in Behandlung stand. Neben den Betroffenen standen deren männliche Partner an zweiter Stelle der Anfragen (11,9 %) und Freundinnen von Betroffenen an dritter Stelle (9,3 %). Eltern von Betroffenen suchten auf diesem Weg in 2,8 % Informationen. Die Inhalte der E-Mail Anfragen waren zum Großteil Anfragen zu konkreten Verhaltenshinweisen (36,3 %) sowie medizinische und psychologische Sachfragen (23,6 %). Zudem betreffen die Anfragen eine direkte Vermittlung von Therapieplätzen in Fachkliniken für Essstörungen und bei Psychotherapeuten. Unterstützung in diesem Format suchen auch junge Betroffene, die sich zum ersten Mal wegen eines problematischen Essverhaltens an eine fachspezifische Einrichtung wenden (Grunwald, 2003).



## 8. Der Einsatz von internetgestützten Maßnahmen in Prävention und Rückfallprophylaxe

Meta-Analysen zur *Prävention von Essstörungen* weisen darauf hin, dass auf Risikogruppen abgezielte Interventionsprogramme, die nur für Frauen in einem interaktiven Setting stattfinden, wirksamer sind als universelle Programme (Stice, Shaw & Marti, 2007). Internetbasierte *Präventionsprogramme* (wie z.B. „Student bodies“ der Stanford University School of Medicine) wurden für den deutschsprachigen Raum adaptiert. Ziel dieser Interventionsprogramme ist es – egal ob konventionell oder internetbasiert – *Risikofaktoren*, die für die Entstehung von Essstörungen relevant sind, wie z.B. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Figur und Gewicht oder Diäthalten, zu verringern. Die internetgestützten Sitzungen basieren ebenso auf der Kognitiven Verhaltenstherapie und bestehen aus einem Pool an psychoedukativen Elementen, synchronen Chats oder asynchronen Textpostings und Hausaufgaben. So fanden Jacobi et al. (2005, 2007) Verbesserungen hinsichtlich der übermäßigen Besorgnis um Figur und Gewicht nur in einer Untergruppe mit erhöhtem Risiko. Während dem internetbasierten Format von Präventionsprogrammen in einer Reihe von Studien eine gute Akzeptanz attestiert wird, ist die Wirksamkeit der Programme gegenüber Wartelistenkontrollgruppen nicht immer zu belegen (siehe Tabelle 2). Eine Metaanalyse über fünf internetbasierte Präventionsprogramme (Newton & Ciliska, 2007) bestätigt den Mangel an fundierten Belegen für die Wirksamkeit von internetbasierten Präventionsstrategien auf bestehende Risikofaktoren für Essstörungen.

Kontrovers sind auch die Ergebnisse zu Studien über den Einsatz von Short Messaging Service (SMS) in der Nachbetreuung von ambulant und stationär behandelten Patientinnen mit BN (siehe Bauer, Percevic, Okon, Meermann & Kordy, 2003; Robinson et al., 2006). In der stationären und ambulanten Nachsorge von Patientinnen mit BN sind sowohl *Rückfallprophylaxe* als auch eine kontinuierliche Symptomverbesserung nach Abschluss der Therapie ein wichtiges Thema. Trotz Behandlung ist eine Reihe von Betroffenen am Ende der Therapie nicht symptomfrei, und auch bei Symptomfreiheit besteht das Risiko von Rückfällen. Die Rückfallsraten liegen je nach Studie zwischen 21 % und 55 % in den ersten 1 bis 2,5 Jahren nach der Behandlung. Die kritischste Phase für Rückfälle scheint in den ersten Monaten nach der Behandlung zu liegen. Um diesem Problem möglichst kosteneffizient zu begegnen, entstand die Idee, technologiebasierte Kommunikationssysteme als niederschwelliges Angebot im Sinne eines step-down Ansatzes im Anschluss an die intensive Therapie zum Einsatz zu bringen. Das SMS-Interventionsprogramm zielt auf beide Gruppen ab: Für jene, die nicht symptomfrei sind, dient es zur weiteren Verbesserung und um eine Verschlechterung der Behandlung zu verhindern; für alle die symptomfrei sind, als Rückfallprophylaxe. Die Patientin schickt einmal wöchentlich in einem vorgegebenen Format über SMS Informationen über Körperbild, Essanfälle und kompensatorische Verhaltensweisen und erhält ebenfalls wöchentlich, aber asynchron, entsprechendes Feedback. Zusätzlich

können von den ehemaligen Patientinnen freie Textnachrichten gesendet werden. Einem Algorithmus zufolge werden vorprogrammierte Antworten produziert und gesendet, die je nach Inhalt der zusätzlichen freien Textnachrichten der Patienten vom Betreuer angepasst werden können. Erste Studien zur Akzeptanz und Wirksamkeit an stationären und ambulanten Essstörungseinrichtungen liefern unterschiedliche Ergebnisse: Während das Format als Nachbetreuung einer stationären Behandlung gut akzeptiert wurde, die Teilnehmerinnen zufrieden mit der Art der Betreuung waren und eine stabilisierende Wirkung nachgewiesen werden konnte, scheint das Format als Nachbetreuung von ambulanter Therapie nicht geeignet zu sein. Hohe Drop-out- und niedrige Nutzungsraten sowie die Kritik von zu unpersönlichem Feedback veranlassten die Forschungsgruppe zu einer Verbesserung und Adaption des Programms. Als Gründe für die geringe Akzeptanz des Formates geben die Autoren eine sehr heterogene Patientengruppe an, die z.T. vor Einsatz der SMS Intervention nur minimale Therapie von etwa drei Sitzungen erhalten und deshalb eine höhere Erwartungshaltung an die Behandlung hatte. Zudem war das Betreuungsteam der SMS-Intervention ein anderes als in der ambulanten Therapie, was einen Informationsmangel über die Patientinnen mit sich brachte.

## 9. Zusammenfassung und Ausblick

Insgesamt kann die Behandlung von BN über E-Mail und internetgestützte Selbsthilfeprogramme in einem stepped-care Ansatz empfohlen werden. Betroffene können über den Weg des Internets frühzeitig auf ihrem Leidensweg erreicht werden. Die Schwelle, übers Internet professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, ist herabgesetzt und somit vor allem bei schambesetzten psychiatrischen Störungen von Bedeutung. Als Richtlinien für Selbsthilfeangebote bei BN übers Internet gelten: 1. Zumindest ein einmaliger persönlicher Kontakt zwischen dem Therapeuten und Klienten sollte zur Diagnosestellung und zum Beziehungsaufbau angestrebt werden; 2. Selbsthilfeangebote sollten mit E-Mail Kontakten von Professionisten gestützt werden, dann sind sie effizienter; 3. die Möglichkeit des sofortigen Beginnes mit dem Selbsthilfeprogramm nach Diagnosestellung sollte gegeben sein.

Eine Symptomreduktion gemessen an Essanfällen und Purging-Verhalten ist mit diesem Behandlungsangebot in bis zu zwei Drittel der Patientinnen mit BN zu erzielen, Symptommfreiheit in bis zur Hälfte der Fälle. Der Zugang übers Internet zu therapeutischer Behandlung stellt einen ersten Schritt dar, Betroffene mit BN zu erreichen und zu behandeln. Das kann nachfolgende psychotherapeutische Interventionen verkürzen und somit insgesamt den Behandlungsverlauf günstig beeinflussen. Für die Behandlung kreierte WEB-Oberflächen mit passwortgeschützten Zugängen und E-Mail Verkehr bieten entsprechende Sicherheit gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen. Derartige Angebote sind für Schulen,

► Tabelle 1. Studien über technologiebasierte Interventionen für Frauen mit Bulimia nervosa.

Land	Autoren	Technologiebasierte Selbsthilfe bei BN	N	Follow-up Zeitraum	Ergebnisse
UK	Robinson & Serfaty 2007	Studenten mit DSM-IV BN, EDNOS oder BED wurden mittels gestützter E-mail Therapie oder ungestützter Schreibtherapie behandelt vs. Wartelistenkontrollgruppe (Dauer: 3 Monate)	97	3 Monate	Bessere Remissionsrate in E-Mail- (28,6 % erfüllten keine DSM-IV Diagnose mehr) und Schreibtherapie (17,2 %) im Vgl. zu Wartelistenkontrollgruppe (0 %)
S	Ljotsson et al. 2007	Bibliotherapie + E-mail Support und Internetdiskussionsforum (3 Monate) bei BN und BED vs. Wartelistenkontrollgruppe	73	6 Monate	46 % Abstinenzrate (keine Ess-Brechanfälle) und 44 % im Follow-up; Intervention > Wartelistenkontrollgruppe
S	Nevonen et al. 2006	SALUT BN im Internet + wöchentlicher E-mail Support, Prä-Post Design (Dauer: 4 Monate) – keine Kontrollgruppe	38	2 Monate nach Ende	Reduktion des Erbrechens, Diät halten und Gewichtsphobie, keine Reduktion der Essanfälle. 18 % hatten das Programm beendet, 53 % zwischen Schritt 1–2 ausstieg, 29 % zwischen Schritt 4–6
CH	Carrard et al. 2006	SALUT BN im Internet + wöchentlicher E-mail Support, Prä-Post Design (Dauer: 4 Monate) – keine Kontrollgruppe	45	2 Monate nach Ende	Abstinenzrate von 17,2 % (keine Ess-Brechanfälle) nach 4 Monaten und im Follow-up; 68,9 % in Remission (Reduktion der Essanfälle), 58,6 % Reduktion des Erbrechens
UK	Bara-Carril et al. 2004	Selbsthilfe über CD-ROM (8 Sitzungen) – keine Kontrollgruppe	45	2 Monate nach Ende	42 % machten alle 8 Sitzungen, 58 % weniger als 8 Sitzungen; Signifikante Reduktion der Essanfälle und purging-Verhalten im Follow-up. Drop-outrate entspricht face-to-face Therapien bei BN
UK	Murray et al. 2004	Selbsthilfe über CD-ROM vs. Selbsthilfe über CD-ROM + 3 Therapiesitzungen	82	6–8 Wochen nach Ende	Reine Selbsthilfe = Geleitete Selbsthilfe (außer Sport im Follow-up)

BN = Bulimia nervosa, EDNOS = Eating Disorders Not Otherwise Specified, BED = Binge Eating Disorders

► Tabelle 2. Studien über technologiebasierte Interventionen in der Prävention von Essstörungen.

Land	Autoren	Prävention von Essstörungen	N	Follow-up Zeitraum	Ergebnisse
AUS	Heimike et al. 2007	MyBody, MyLife: 6 x 90-minütige geschlossene synchrone Online-sessions durch Therapeuten mit psychoedukativen Elementen und Übungen zur Reduktion von körperlicher Unzufriedenheit und Problemen mit dem Essen bei weibl. Jugendlichen im Vgl. zu Wartelistenkontrollgruppe	73	2 und 6 Monate nach Ende	Mittlere bis große Effektstärken in der Reduktion an körperlicher Unzufriedenheit und gestörtem Essverhalten, depressiven Symptomen und Erhöhung des Selbstwertes
CA	Newton & Ciliska, 2007	Metaanalyse über 5 Internet-basierte Präventionsprogramme für Essstörungen	–	–	Es bestehen keine fundierten Belege für die Wirksamkeit von Internet-basierten Präventionsstrategien auf pathologisches Essverhalten oder deren Risikofaktoren
D	Jacobi et al. 2007	Student Bodies, Internetintervention (8 Wochen) zielt auf Studenten (18–29 Jahre) mit Gewichts- und Figur-sorgen ab vs. Wartelistenkontrollgruppe	100	3 Monate	Geringe Effektstärken für Interventionsgruppe, keine sign. Ergebnisse im EDE-Q Gewichts- und Figur-sorgen, diese waren nur in einer definierten Hochrisikogruppe zu erzielen (jedoch kleine Stichprobe), Effektstärken mittel bis hoch; Verbesserungen waren stabil im follow-up, aber nicht signifikant
D	Jacobi et al. 2005	Student Bodies, Internetintervention (8 Wochen) zielt auf Studenten mit Gewichts- und Figursorgen ab vs. Warteliste-Kontrollen	100	kein	Effekte deutlich höher für Subgruppe mit erhöhtem Risiko, Interventionsgruppe > Wartelistekontrollen
USA	Zabinski et al. 2004	8-wöchiges Präventionsprogramm über synchronen Internet-Chat + Psychoedukative Maßnahmen, asynchrone Unterstützung, Hausübungen, Zusammenfassungen Vgl. Kontrollgruppe	60	10 Wochen	Format gut akzeptiert, pathologisches Essverhalten konnte im Vgl. zur Kontrollgruppe reduziert und Selbstwert erhöht werden.
USA	Zabinski et al 2001a	7-wöchiges psychoedukatives Präventionsprogramm über synchronen Internet-Chat – Pilotstudie für eine Risikogruppe mit erhöhter körperlicher Unzufriedenheit, um ungesunde Einstellungen und Verhaltensweisen zum Essen, Diäthalten und Körperbild zu verändern	4	10 Wochen	79 % Teilnahme, synchroner Chat wurde gut akzeptiert und dem Posten von Nachrichten vorgezogen; Verbesserungen hinsichtlich Einstellung zum Körper und ungesundem Essverhalten sichtbar (jedoch keine Signifikanzprüfungen aufgrund kleiner Stichprobe möglich)

USA	Zabinski et al. 2001b	Student Bodies übers Internet für eine Hochrisikogruppe (erhöhte Werte in körperlicher Unzufriedenheit) im Vgl. zu Wartelistenkontrollgruppe	56	10 Wochen	Reduktion der körperlichen Unzufriedenheit: Interventionsgruppe > Wartelistenkontrollgruppe (mittlere Effekstärke); in beiden Gruppe sign. Verbesserungen in Figur- und Gewichtsorgen
USA	Winzelberg et al. 2000	Student Bodies CD-ROM fürs Internet adaptiert mit E-Mail Diskussionsgruppen, gerichtet an Studentinnen, die ihr Körperbild verbessern wollten vs. Wartelistenkontrollgruppe. Fokus in Veränderung des Körperbildes, 8 Wochen, Inhalt kulturelle Schönheitsideale, Rolle der Medien, CBT basierte Übungen	60	3 Monate	64 % der Übungen durchgeführt, keine Unterschiede zwischen Interventions- und Wartelistengruppe im Post-Test, nur im follow-up hinsichtlich Schlankheitsstreben und Körperbild
USA	Winzelberg et al. 1998	Student Bodies: Psychoedukatives Präventionsprogramm als CD-ROM um körperliche Unzufriedenheit, Gewichtsorgen und Diäthalten zu verbessern mit zusätzlichen moderierten E-Mail Support Gruppen. Interventionsgruppe im Vgl. zu Wartelistenkontrollgruppe	57	3 Monate	Drop-Out 21 %; sign. Verbesserung nur des Körperbildes in der Interventionsgruppe; keine Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich Wissenszuwachs über Essstörungen, gesundes Abnehmen, ungesunde Gewichtsregulation, aber in beiden Gruppen Wissenszuwachs, obwohl Ausgangswerte sehr hoch. Nur 53 % der Software wurde bearbeitet.
Land	Autoren	SMS in der Nachsorge von Patientinnen mit BN	N	Follow-up Zeitraum	Ergebnisse
UK	Robinson et al. 2007	Nachbehandlung von AMBULANT betreuten Patientinnen mit BN und EDNOS über einen Zeitraum von 6 Monaten via wöchentlicher SMS mit vorprogrammiertem inhaltsabhängigem sowie personalisiertem Feedback, keine Kontrollgruppe	21	–	57,2 % Drop out während der 6 Monate; wenig Nutzung des Angebotes (statt wöchentliche SMS, im Schnitt nur jede 2. Woche), begrenzte Akzeptanz; Teilnehmer schätzten das Format als „zu formal“ ein; Gruppe der behandelten war sehr heterogen, manche wurden zuvor nur kurz behandelt; ambulante Behandler und SMS Betreuer waren unterschiedliches Team
D	Bauer et al. 2006	Nachbehandlung von Patientinnen mit BN nach STATIONÄREM Aufenthalt über einen Zeitraum von 6 Monaten via wöchentlicher SMS mit vorprogrammiertem inhaltsabhängigem sowie personalisiertem Feedback, keine Kontrollgruppe	33	–	Gute Akzeptanz und Zufriedenheit der Teilnehmerinnen; stabilisierende Wirkung, möglicherweise geeignet, um Rückfallrisiko zu senken

Universitäten und staatliche sowie private Gesundheitseinrichtungen zu empfehlen. Als bis dato nicht gesichert gelten die Wirksamkeit von internetbasierten Präventionsprogrammen sowie eine SMS-gestützte Nachbetreuung als Rückfallprophylaxe bei BN.

## 10. Literaturverzeichnis

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3<sup>rd</sup> ed.). Verfügbar unter [www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=EatingDisorders3ePG\\_04-28-06](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=EatingDisorders3ePG_04-28-06) [2.9.2008]
- BAILER U., DE ZWAAN M., LEISCH F., STRNAD A., LENNKH-WOLFSBERG C., EL-GIAMAL N., HORNIK K. & KASPER S. (2004). Guided self-help versus cognitive-behavioural group therapy in the treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522–537.
- BARA-CARRIL N., WILLIAMS C. J., POMBO-CARRIL M. G., REID Y., MURRAY K., AUBIN S., HARKIN P. J. R., TREASURE J. & SCHMIDT U. (2004). A preliminary investigation into the feasibility and efficacy of a CD-ROM-based cognitive-behavioral self-help intervention for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 538–548.
- BAUER S., PERCEVIC R., OKON E., MEERMANN R. & KORDY H. (2003). Use of text messaging in the aftercare of patients with bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 279–290.
- CARRARD I., ROUGET P., FERNANDEZ-ARANDA F., VOLKART, A. DAMOISEAU, M. & LAM T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 101–109.
- CELIO A. A., WINZELBERG A. J., WILFLEY D. E., EPPSTEIN-HARALD D., SPRINGER E. A., DEV P. & TAYLOR C. B. (2000). Reducing risk factors for eating disorders; Comparison of an Internet- and a classroom-delivered psychoeducational program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 650–657.
- CURRIN L., SCHMIDT U., TREASURE J. & JICK H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 132–135.
- FARRAND P., PERRY J., LEE C. & PARKER M. (2006). Adolescents' preference towards self-help: implications for service development. *Primary Care and Community Psychiatry*, 20, 73–79.
- FERNANDEZ-ARANDA F., ROUGET P., CARRARD I., LAM T., VOLKART A. & NORRING C. (2005). *Internet based self help. Guide for treatment of bulimia*. Presentation at the Annual Meeting of the AED, Montreal.
- GRUNWALD M. (2003). Essstörungen: Wird das Internet als Informationsquelle von Betroffenen und Angehörigen genutzt? In: Ott R. & Eichenberg Ch. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet* (S.190–206). Göttingen: Hogrefe

- HEINICKE B. E., PAXTON S. J., MCLEAN S. A. & WERTHEIM E. H. (2007). Internet-delivered targeted group intervention for body dissatisfaction and disordered eating in adolescent girls: A randomized controlled trial. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 379–391.
- HOEK H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 389–394.
- JACOBI C., MORRIS L., BECKERS CH., BRONISCH-HOLTZE J., WINTER J., WINZELBERG A. J. & TAYLOR C. B. (2005). Reduktion von Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 92–101.
- JACOBI C., MORRIS L., BECKERS CH., BRONISCH-HOLTZE J., WINTER J., WINZELBERG A. J. & TAYLOR C. B. (2007). Maintenance of Internet-based prevention: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 114–119.
- KARWAUTZ A. (2007). *Selbsthilfe in der Behandlung der Bulimia nervosa. Einsatz neuer Medien*. Vortrag auf der Wiener Enquete für Essstörungen.
- KNAEVELSRUD C., JAGER J. & MAERCKER A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14, 174–183.
- LANGE A., VEN J.P. VAN DE, SCHRIEKEN B. & SMIT M. (2003). Interapy burn-out; preventie en behandeling van burn-out via internet. *Directieve Therapie*, 23, 121–145.
- LINDNER R. & FIEDLER G. (2002). Neue Beziehungsformen im Internet. *Nervenarzt*, 78, 78–84.
- LIWOWSKY I., CEBULLA M. & FICHTER M. (2006). Neue Wege bei der Behandlung von Bulimia nervosa. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 148, 31–33.
- LJOTSSON B., LUNDIN C., MITSELL K., CARLBRING P., RAMKLINT M. & GHADERI A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 649–661.
- MURRAY K., SCHMIDT U., POMBO-CARRIL M. G., GROVER M., ALEYNA J., TREASURE J. & WILLIAMS C. (2004). Does therapist guidance improve uptake, adherence and outcome from a CD-ROM based cognitive-behavioral intervention for the treatment of bulimia nervosa? *Computers in Human Behavior*, DOI: 10.1016/j.chb.2004.11.014.
- MYERS T. C.; SWAN-KREMEIER L., WONDERLICH S., LANCASTER K. & MITCHELL J. E. (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 123–143.
- NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and relating eating disorders*. Verfügbar unter [www.nice.org.uk/CG009NICEguideline](http://www.nice.org.uk/CG009NICEguideline) [2.9.2008].
- NEVONEN L., MARK M., LEVIN B., LINDSTRÖM M. & PAULSON-KARLSSON G. (2006). Evaluation of a new internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 463–468.
- NEWTON M. S. & CILISKA D. (2006). Internet-based innovations for the prevention of eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders*, 14, 365–384.
- NOBIS G., WAGNER G., WANNER C., EDER H., PELLEGRINI L. & KARWAUTZ A. (2005). Internettherapie bei Bulimia nervosa: Psychoedukation vermittelt über neue Medien. *Vortrag am Kongress Essstörungen*, Innsbruck.



- NOBIS G., WAGNER G., WANNER C., PELLEGRINI L., EDER H., LAM T. & KARWAUTZ A. (2006). Psychoedukation für Bulimia nervosa – Hilfestellung unter Nutzung neuer Medien. *Poster am Kongress Essstörungen*, Alpbach.
- PERKINS S. J., MURPHY R., SCHMIDT U. & WILLIAMS C. (2006). Self-help and guided self-help for eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art. No.:CD004191.DOI: 10.1002/14651858.CD004191.pub2.
- ROBINSON S., PERKINS S., BAUER S., HAMMOND N., TREASURE J. & SCHMIDT U. (2006). Aftercare Intervention through text messaging in the treatment of bulimia nervosa – Feasibility Pilot. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 633–638.
- ROBINSON P. & SERFATY M. (2007). Getting better byte by byte: A pilot randomised controlled trial of email therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, DOI: 10.1002/erv.818.
- ROUGET P., CARRARD I. & ARCHINARD M. (2005). Self-treatment for bulimia on the Internet: first results in Switzerland. *Revue Médicale Suisse*, 1, 359–361.
- RUPERT M. (2007). Psychotherapie im Internet – Psychodynamische Aspekte der virtuellen Beziehung. Verfügbar unter [www.psychanalyse-aktuell.de/therapie/internet-therapie.html](http://www.psychanalyse-aktuell.de/therapie/internet-therapie.html) [2.9.2008].
- SCHMIDT U. (2007). *Technologiebasierte Therapie von Essstörungen*. Vortrag am 1. Wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen e.V., Prien.
- SCHMIDT U. & TREASURE J. (2001). *Die Bulimie besiegen. Selbsthilfemanual* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- SCHMID U., LEE S., BEECHAM J. B., PERKINS S., TREASURE J., YI I., WINN S., ROBINSON P., MURPHY R., KEVILLE S., JOHNSON-SABINE E., JENKINS M., FROST S., DODGE L., BERELOWITZ M. & EISLER I. (2007). A randomized controlled trial of family therapy and cognitive behaviour therapy guided self-care for adolescents with bulimia nervosa and related disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164, 591–598.
- SKARDERUD F. (2003). Sh@me in Cyberspace. Relationships without faces: The E-media and eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 11, 155–169.
- STICE E., SHAW H. & MARTI C. (2007). A meta-analytic review of eating disorder prevention programs: Encouraging findings. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 207–231.
- WILLIAMS C. (2003). New technologies in self-help: Another effective way to get better? *European Eating Disorders Review*, 11, 170–182.
- WINZELBERG A. J., TAYLOR C. B., SHARPE T., ELDREDGE K. L., DEV P. & CONSTANTINOU P. S. (1998). Evaluation of a computer-mediated eating disorder intervention program. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 339–349.
- WINZELBERG A. J., EPPSTEIN D., ELDREDGE K. L., WILFLEY D., DASMAHAPATRA D., DEV P. & TAYLOR C. B. (2000). Effectiveness of an Internet-based program of reducing risk factors for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 346–350.
- ZABINSKI M. F., PUNG M. A., WILFLEY D. E., EPPSTEIN D. L., WINZELBERG, A. J., CELIO A. & TAYLOR C. B. (2001a). Reducing risk factors for eating disorders: Targeting at-risk women with a computerized psychoeducational program. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 401–408.



### III. INTERVENTION

- ZABINSKI M. F., WILFELY D. E., PUNG M. A., WINZELBERG A. J., ELDREDGE K. & TAYLOR C. B. (2001b). An interactive Internet-based intervention for women at risk of eating disorders: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 129–137.
- ZABINSKI M. F., WILFLEY D. E., CALFAS K. J., WINZELBERG A. J. & TAYLOR C. B. (2004). An interactive psychoducational intervention for women at risk of developing an eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 914–919.

# ■ Neue Medien für die Intervention bei Traumafolgestörungen

Birgit Wagner und Andreas Maercker\*

Die neuen Möglichkeiten des Internets verändern nicht nur weite Bereiche des Sozial- und Arbeitslebens, sondern nehmen auch zunehmend Einfluss auf die Wahrnehmung traumatischer Ereignisse. Traumatische Ereignisse, wie beispielsweise die Terroranschläge des 11. September 2001 oder die Tsunami-Katastrophe in 2004, rückten durch die Visualisierung der neuen Medien noch näher, als dies durch mediale Darstellungen des Fernsehens oder der Printmedien bisher der Fall war. Aber nicht nur traumatische Großereignisse wie diese finden ihren festen Platz im Internet. Auch die individuellen, persönlichen traumatischen Erlebnisse, wie beispielsweise sexueller Missbrauch oder Verkehrsunfälle sind inzwischen im Internet vertreten. In Form von Informationsseiten, Weblogs, und Video-Portalen haben Traumaopfer sowohl die Möglichkeit sich zu informieren, als auch mit ähnlich Betroffenen in Kontakt zu treten oder sich selbst in Form eines eigenen Textes oder Videos, welches sie ins Netz stellen, zu präsentieren. Hinzukommt eine zunehmende Zahl von internetbasierten Diskussionsforen und Selbsthilfegruppen (z.B. für Eltern nach dem Verlust eines Kindes), die von Betroffenen zum Teil mehrmals täglich besucht werden. Durch diese neuen Anwendungsmöglichkeiten des Internets rücken traumatische Erfahrungen auf sehr persönliche Weise näher, das individuelle Traumaopfer erhält ein Gesicht und wird in der Öffentlichkeit gehört und gesehen.

Wenn hier und im Folgenden von *Traumaopfern* gesprochen wird, so sind damit diejenigen Patienten oder Klienten gemeint, die ein schweres Lebensereignis erlebt haben, das nach den internationalen Störungsklassifikationsverzeichnissen (ICD-10 oder DSM-IV-TR) als traumatisch definiert wird. Das heißt, die Betroffenen haben eine potenzielle oder reale Todesbedrohung, eine ernsthafte Verletzung oder eine schwere Bedrohung ihrer Unversehrtheit erlebt, auf die sie in der

---

\* Korrespondenzadresse: Andreas Maercker, Universität Zürich, Abteilung für Psychopathologie und Klinische Interventionen, Binzmühlestr. 14/17, 8050 Zürich, Schweiz

Regel mit intensiver Furcht und Schrecken reagiert haben. Häufige Beispiele sind sexualisierte oder physische Gewalt, Naturkatastrophen sowie Kriegs- und Verfolgungserlebnisse. Das inzwischen klassisch gewordene Störungsbild dazu ist die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD), bei der es zu einem Symptommuster von Intrusionen (sich aufdrängenden, schmerzhaften Erinnerungen), Vermeidung und Erstarrung sowie anhaltendem Hyperarousal (Übererregung) kommt. Weitere Traumafolgestörungen sind die akute Belastungsstörung, die komplizierte Trauer sowie in einem gewissen Sinn viele der anderen psychischen Störungen, bei denen Traumen mitbedingt waren (z.B. die Borderline- und die Antisoziale Persönlichkeitsstörung). Bei der komplizierten Trauer, die im Folgenden neben der PTSD im Mittelpunkt steht, geht es nicht um ein traumatisches Lebensereignis im engeren Sinn, sondern um den Verlust einer nahe stehenden Person, auf die mit einem ähnlichen Symptommuster wie bei der PTSD reagiert wird.

Parallel zu den technischen Entwicklungen des Internets und der Ausdifferenzierung der psychischen Störungsbilder entstanden auch neue Therapieangebote für die verschiedenen Traumaopfergruppen, die alternativ entweder computergestützt oder internetbasiert angeboten werden. In den Niederlanden wurde Ende der 90er Jahre eine psychologische Intervention für traumatisierte Patienten über das Internet („Interapy“) entwickelt, die sich in mehreren Wirksamkeitsstudien als sehr effektive Behandlungsmethode erwiesen hat (Lange et al., 2003; Lange, Van de Ven, Schrieken, & Emmelkamp, 2001). In einer deutschsprachigen Evaluationsstudie wurde eine ebenso signifikante Reduzierung der traumatischen Symptomatik gefunden (Knaevelsrud & Maercker, 2007). Aufgrund dieser ermutigenden Befunde wurde im Anschluss an die PTSD-Studien ein Therapiemanual für komplizierte Trauer (Wagner, Knaevelsrud, & Maercker, 2005, 2006) und ein Präventionsprogramm für komplizierte Trauer (Wagner & Maercker, 2009) über das Internet entwickelt, welches ebenfalls eine deutliche Reduzierung der komplizierten Trauersymptomatik bewirkte.

In diesem Kapitel soll zunächst die Vorgehensweise und wichtige Behandlungselemente einer internetbasierten Traumatherapie am Beispiel von *Interapy* vorgestellt werden. Die Behandlungsmanuale und bisherigen Studienergebnisse zur Wirksamkeit für PTSD und komplizierte Trauer werden erläutert und die einzelnen Behandlungsmodule detailliert skizziert. Wichtige Aspekte der Indikation und Kontraindikation werden dargestellt. Eine Einführung in die Besonderheit der therapeutischen Beziehung über das Internet wird anhand von Studienergebnissen gegeben. Des Weiteren sollen Studien zur computergestützten Traumaaus exposition durch *Virtual Reality* (VR) vorgestellt werden. Abschließend werden neue Anwendungsbereiche der internetbasierten Traumatherapie im humanitären Kontext in Konfliktregionen präsentiert.

# 1. Interapy – eine internetbasierte Psychotherapie für Traumapatienten

## *Entwicklung des therapeutischen Konzeptes von Interapy*

Die Entwicklung der Interapy-Therapie für posttraumatische Belastungsstörungen begann im Rahmen des „Amsterdam Writing Project“ (Lange, Schoutrop, Schrieken & Van de Ven, 2002). In dieser Studie wurden verschiedene Formen strukturierter Schreibaufgaben nach dem Erlebnis einer traumatischen Erfahrung untersucht. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass vor allem die wiederholte Äußerung von schmerzhaften Gefühlen eine wirksame Komponente der Behandlung darstellt. Des Weiteren berichteten die Patienten, dass das Schreiben ihnen zu neuen Sichtweisen im Hinblick auf das traumatische Erlebnis verhalf. Einen ebenso wichtigen Wirksamkeitsfaktor stellte die erlebte Selbstwirksamkeit dar, die einen erhöhten Kontrollgewinn bei den Patienten bewirkte. Durch das eigenständige Schreiben der Texte bestimmte der Patient das Tempo und die Intensität der Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis selbst und verminderte dadurch eine zu große Abhängigkeit vom Therapeuten. Diese Befunde aus der strukturierten Schreibtherapie waren der Grundstein der Entwicklung des internetbasierten Therapieprotokolles für posttraumatische Belastungsstörungen. *Interapy* umfasst inzwischen eine Reihe von verschiedenen störungsspezifischen Behandlungsmanualen. Alle Behandlungsprotokolle beruhen auf im face-to-face Setting evaluierten Therapiemanualen, die sich wissenschaftlich als wirksam erwiesen haben. Für die folgenden Interapy-Behandlungsmanualen wurden zwischenzeitlich randomisierte Kontrollgruppenstudien durchgeführt: Posttraumatische Belastungsstörung (Knaevelsrud et al., 2007; Lange et al., 2001; Lange et al., 2003), komplizierte Trauer (Wagner et al., 2005, 2006), Burn-out (Ruwaard, Lange, Bouwman, Broeksteeg, & Schrieken, 2007), Depression (Lange et al., 2005) und Panikstörungen (Lange et al., 2007). Alle Behandlungen zeigten eine gute bis hohe Wirksamkeit auf.

## 2. Vorgehen und Behandlungselemente

### 2.1. Wichtige Elemente der Interapy-Behandlung

Die Interapy-Behandlung besteht aus mehreren festgelegten Behandlungsschritten und -inhalten, die jeweils von besonderer Bedeutung sind. Zu Beginn der Behandlung steht die Anmeldung. Alle interessierten Personen, die sich für das Interapy-Programm anmelden möchten, erhalten zunächst ausführliche Informationen über das Störungsbild der PTSD, alternative Behandlungsmöglichkeiten und die Prinzipien, nach denen die Interapy-Behandlung funktioniert. Im Anschluss daran

folgt die Online-Diagnostik. Alle interessierten Teilnehmer durchlaufen ein ausführliches Online-Screening. Anhand der Online-Diagnostik wird untersucht, ob eine internetbasierte Psychotherapie eine geeignete Behandlungsalternative für die Patienten darstellt. Sollte ein Patient nicht für diese Form der Behandlung in Frage kommen, wird er oder sie über die Gründe und über andere Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt.

Die Therapie selbst besteht aus Psychoedukation und einem strukturierten Behandlungsmanual, welches ein individualisiertes Feedback des Therapeuten beinhaltet. Das Behandlungsprotokoll beinhaltet die Schreibanleitungen, wobei der Therapeut für den Patienten individuelle, nur für ihn bestimmte Instruktionen hinzufügt. Dem Therapeuten stehen dabei Beispielsätze und Ideen zur Verfügung, er ist aber auch frei in der Wahl eigener Kommentare und Rückmeldungen für den Patienten. In der Regel besteht zwischen Therapeut und Patient zweimal pro Woche Kontakt, wobei die Therapeuten angehalten sind, dem Patienten nach spätestens einem Werktag zu antworten.

Ein wichtiger Baustein der Behandlung stellt die Psychoedukation dar. Jeder Behandlungsphase geht eine ausführliche Psychoedukation voraus, die dem Patienten erklärt, aus welchem Grund bestimmte Aufgaben gestellt werden, welchen Sinn einzelne Übungen haben und was bestimmte Symptome oder Reaktionen bedeuten. Neben der Psychoedukation ist ein weiterer wichtiger Bestandteil der Behandlung die Motivation des Patienten durch den Therapeuten. Dem Therapeuten stehen hierbei wichtige Motivierungstechniken zur Hilfe, die teilweise bereits im Behandlungsmanual enthalten sind, aber auch noch spezifisch an den Patienten angepasst werden. Zur Förderung der therapeutischen Beziehung haben sich Motivierungstechniken wie z.B. Komplimente geben und ressourcenorientiertes Arbeiten als besonders wertvoll erwiesen. Nach dem zehnten Text der Patienten ist die Behandlung beendet. Abschließend findet eine Postmessung statt, um die Wirksamkeit der Behandlung und die Behandlungszufriedenheit festzuhalten.

Die Interapy-Behandlung findet vollständig im Rahmen einer stark strukturierten Webseite statt. Die Webseite besteht aus einem Patientenbereich, der nur für den Patienten aufrufbar und passwortgeschützt ist und einem Therapeutenbereich, der neben den Behandlungsaspekten auch noch Möglichkeiten zur Supervision und weitere administrative Aspekte beinhaltet. Die Schreibaufgaben selbst werden auf der Webseite im geschützten Bereich von den Patienten durchgeführt. Telefon- oder EMailkontakt beschränkt sich nur auf Notsituationen, wie beispielsweise technische Störungen, Krisenintervention oder Suizidalität.

## **2.2. Die Therapeuten**

Die Interapy-Therapeuten werden in der Anwendung des Interapy-Protokolls und in der Beurteilung der durch die Teilnehmer verfassten Essays in einer speziellen Weiterbildung geschult (Wagner & Lange, 2008). Die Therapeuten erhalten vor Beginn der Behandlung ein spezifisches Training, welches folgende Themen

beinhaltet: 1) Nutzung des Behandlungsmanuals und individuelle Anpassung der Rückantwort des Therapeuten an die Bedürfnisse des Patienten; 2) Erlernen von Motivierungstechniken und positiven Verstärkern; 3) empathische Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten; und 4) Besonderheiten und Schwierigkeiten der internetbasierten Kommunikation. Die Supervision findet wöchentlich sowohl über ein internetbasiertes Supervisionsforum in einem geschützten Bereich, als auch in Form einer herkömmlichen Gruppensupervision statt.

Jeder Patient erhält nach der Anmeldung einen persönlichen Therapeuten, der den Patienten vollständig durch das Programm begleitet. Das Manual beinhaltet ausreichend viele Informationen und Anwendungstechniken für die Therapeuten, so dass selbst weniger erfahrene Therapeuten die Behandlung erfolgreich durchführen können. In der Interapy-Studie für Burn-out-Patienten (Ruwaard et al., 2007) wurden erfahrene Therapeuten mit langer Berufserfahrung mit weniger erfahrenen Therapeuten, die noch in Aus- oder Weiterbildung standen, in Bezug auf Behandlungseffekte miteinander verglichen. Das Ergebnis zeigte, dass es diesbezüglich keinen Unterschied zwischen dem Erfahrungsgrad der Therapeuten gab, was dafür spricht, dass das Behandlungsmanual in seiner Anwendung gut übertragbar ist. Überraschend niedrig waren in allen Studien die Drop-out-Raten der Teilnehmer, ein Befund, der für eine hohe Therapiemotivation und einen guten therapeutischen Kontakt spricht. Diesbezüglich unterstützend wirkt wahrscheinlich, dass den Therapeuten konkrete Anweisungen zur Verfügung stehen, auf welche Art und Weise sie die Patienten motivieren können, vor allem in Bezug auf für den Patienten schwierige Behandlungsphasen, wie beispielsweise bei Expositionsübungen. Die Therapeuten arbeiten fast ausschließlich mit positiven Verstärkern, das heißt sie unterstützen den Patienten, arbeiten ressourcenorientiert und geben dem Patienten eine persönliche und positive Rückmeldung. Eine empathische und freundliche Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten steht im Vordergrund und die Patienten werden ermuntert, Zweifel oder Schwierigkeiten im Ausführen der Übungen gegenüber dem Therapeuten zu äußern.

#### **2.3. Die therapeutische Beziehung im Internet**

Die schriftliche, zeitversetzte Kommunikation der internetbasierten Psychotherapie stellt einen grundlegenden Unterschied zur konventionellen kognitiven Verhaltenstherapie dar. Während in der normalen Sprechzimmertherapie das physische Bild des Therapeuten einschließlich aller sozialer und nonverbaler Signale (z.B. Körperhaltung, Gesichtsmimik, Augenkontakt) eine Rolle spielt und unter Umständen auch über das Zustandekommen oder Fortführen einer therapeutischen Beziehung entscheidet, ist die Kommunikation bei Interapy deutlich sinnreduziert. Diese fehlenden Hintergrundinformationen über persönliche Merkmale von Patient und Therapeut, wie zum Beispiel Geschlecht, Alter, und Aussehen treten in den Hintergrund und können somit zu einer verstärkten Offenheit und sozialer Unbefangenheit führen.

Die fehlenden Informationen über den Therapeuten können bei der inter-personalen Wahrnehmung mitunter positive Fantasiebilder evozieren, die nicht selten als besonders wohltuend empfunden werden und die emotionale Qualität teilweise sogar steigern können (Walther, 1996). Das Phänomen der ‚Telepräsenz‘, das Gefühl (oder die Illusion), dass ein realer oder virtueller Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er/sie physisch abwesend ist, ermöglicht eine erhöhte Offenheit (Suler, 2001). Dies kann vor allem bei Patienten, die an stigmatisierenden Symptomen oder traumatischen Erlebnissen leiden, zu einem reduzierten Schamerleben führen. Gerade diese Patienten vermeiden oft aus Schamgefühlen den therapeutischen Kontakt. Das erklärt vielleicht, weshalb trotz der reduzierten Kommunikationsform in allen bisher durchgeführten Interapy-Studien die erfasste Behandlungszufriedenheit in der Regel bei den Patienten sehr hoch eingeschätzt wird (Knaevelsrud et al, 2007; Lange et al., 2001, 2003; Wagner et al., 2005).

Knaevelsrud und Maercker (2006) untersuchten in ihrer Therapiestudie für posttraumatische Belastungsstörung explizit die therapeutische Beziehung im Internet mit Hilfe des Working Alliance Inventory (WAI, Horvath & Greenberg, 1989). Die therapeutische Beziehung wurde nach der vierten und letzten Schreibsitzung erfasst. Interessanterweise bewerteten die Patienten nach der vierten Schreibsitzung auf einer Skala von 1 bis 7 die Beziehung durchschnittlich mit einem Wert von 5,8, der für diese frühe Behandlungsphase als sehr hoch eingeschätzt werden kann. Diese Bewertung verbesserte sich weiterhin signifikant nach Abschluss der Behandlung. Die Resultate dieser Untersuchung deuteten daraufhin, dass die therapeutische Beziehung im Internet sogar als besser eingeschätzt wird als in vergleichsweise ähnlichen face-to-face Therapien für PTSD (Hersoug, Hoglend, Monsen & Havik, 2001). Ähnliche Ergebnisse in Bezug auf die therapeutische Beziehung erzielte die internetbasierte Therapie für komplizierte Trauer (Wagner, 2006).

## **2.4. Zur Indikation und Kontraindikation von Interapy**

Aufgrund der Tatsache, dass die Interapy-Behandlung ausschließlich über das Internet stattfindet, ist eine ausführliche Online-Diagnostik notwendig, um sicher zustellen, dass diese Behandlungsform für die Patienten eine geeignete psychotherapeutische Intervention darstellt. In Kriseninterventionen besteht über das Internet kaum die Möglichkeit einer unmittelbaren Reaktion. Insofern gibt es also Patientengruppen, für die eine internetbasierte Psychotherapie nicht geeignet ist. Bisher ist es Konsens, dass für Personen, die schwer depressiv oder suizidal sind oder starke dissoziative und psychotische Tendenzen aufzeigen, das Internet nur unzureichende Unterstützung bietet (Knaevelsrud, Jäger & Maercker, 2004). Das gilt ebenso für Personen, die Alkohol- oder Substanzmissbrauch betreiben, unter 18 Jahre sind oder sich anderweitig in psychotherapeutischer Behandlung befinden. Allgemein werden folgende Ausschlusskriterien bei Interapy mit Hilfe von folgenden biografischen und soziographischen Fragebögen und störungsspezifischen Fragebögen erfasst:

- *Psychotisches Erleben*. Gemessen anhand des Dutch Screening Device for psychotic disorder, SDPD; (Lange, Schrieken, Blankers, Van de Ven & Slot, 2000a; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung)
- *Dissoziation*. Gemessen anhand des Somatoform Dissoziation Questionnaire, SDQ-5 (Nijenhuis, Spinhoven, Van der Hart & Vanderlinden, 1997; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung)
- *Schwere Depressionen oder Suizidalität*. Wenn potentielle Teilnehmer in den vergangenen drei Jahren einen oder mehrere Suizidversuche unternommen oder dies ernsthaft erwogen haben, werden sie von der Behandlung ausgeschlossen (gemessen mit der Suiziderisicotaxatielijst, SRT; Arnoldi, Van de Ven, Schrieken & Lange., 2000; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung). Den Patienten wird in einem telefonischen Gespräch geraten, Ihren Hausarzt oder eine Krisenambulanz aufzusuchen, oder sich anderweitig Hilfe zu besorgen.
- *Alkohol- oder Drogenmissbrauch*. (Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung)
- *Personen, die jünger als 18 Jahre sind*. (Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung)
- *Personen, die bereits in psychotherapeutischer Behandlung sind* (Biographical Information Questionnaire, BIQ; Lange et al., 2000b; Knaevelsrud, 2005, dt. Übersetzung)

Alle Fragebögen, die bei Interapy eingesetzt werden, zeigen hohe Sensivität und Spezifität auf und haben sich in der Anwendung für eine internetbasierte Diagnostik als gut erwiesen.

## 2.5. Behandlungsmanual für posttraumatische Belastungsstörungen

In einer Reihe von Meta-Analysen wurde die Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie für die posttraumatischen Belastungsstörungen belegt (Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling, Richards & Turner, 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005). Vor allem die Konfrontation mit intrusiven Erinnerungen an das traumatische Ereignis stellt ein wichtiges Element einer wirksamen Psychotherapie der posttraumatischen Belastungsstörung dar. Die Konfrontation mit dem traumabezogenen Stimulus (z.B. traumatische Erinnerungen, Bilder oder Angst auslösende Situationen) reduziert das Vermeidungsverhalten der Patienten. Das bedeutet, dass die Erinnerung an die Angst während der traumatischen Erfahrung zu Beginn der Behandlung aktiviert werden muss, um die Angst und das Vermeidungsverhalten langfristig reduzieren zu können (Maercker, 2004).

Ein weiteres wichtiges Behandlungsmodul der kognitiven Verhaltenstherapie der PTSD stellt die kognitive Umstrukturierung dar. Die kognitive Umstrukturierung basiert zum Teil auf der kognitiven Therapie bei Depression von Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) und konzentriert sich auf mit dem Trauma verbundene irrationale und unangemessene Überzeugungen. Die Wirksamkeit der Kon-



frontationsbehandlung in Kombination mit kognitiver Therapie wurde in zahlreichen Studien nachgewiesen (z.B. Bisson et al., 2007; Resick & Schnicke, 1992). Es zeigte sich auch, dass Patienten, die nur mit einer Konfrontationstherapie oder mit kognitiver Umstrukturierung und Konfrontationstherapie behandelt wurden, eine größere Abnahme der PTSD-Symptomatik zeigten als Patienten, die nur mit kognitiver Umstrukturierung behandelt wurden. Ein weiterer wichtiger Wirkmechanismus, der für die Verarbeitung traumatischer Erlebnisse von Bedeutung ist, ist die soziale Unterstützung – oder besser die verschiedenen Prozesse der sozialen Unterstützung – zu denen das *Social Sharing* gehört (Rimé, 1995). Dabei wird angenommen, dass diejenigen, die über ihr traumatisches Erlebnis mit anderen Menschen sprechen, mehr soziale Unterstützung erhalten und eine niedrigere PTSD-Symptomatik zeigen als diejenigen, die sich gar nicht oder sehr wenig über ihre traumatische Erfahrung austauschen.

Die Behandlung für posttraumatische Belastungsstörungen besteht insgesamt aus drei Behandlungsphasen (Abb. 1): (1) Selbstkonfrontation mit dem traumatischen Ereignis; (2) kognitive Umstrukturierung; (3) *Social Sharing*. Die Patienten schreiben insgesamt zehn Schreibaufgaben à 45 Minuten, die auf fünf Wochen verteilt sind. Am Anfang jeder Phase bestimmen die Patienten, an welchen Tagen und zu welcher Uhrzeit sie die Essays schreiben werden. Zu Beginn erhalten die Patienten eine ausführliche Psychoedukation, verbunden mit Instruktionen bezüglich der ersten Schreibaufgabe. Nach jeweils zwei geschriebenen Essays erhalten die Teilnehmer einen Kommentar zu ihren Texten und die Instruktionen für die nächsten Schreibaufgaben. Im Folgenden werden die drei Behandlungsphasen und ihr Inhalt kurz vorgestellt.

### 1. Phase: Selbstkonfrontation:

Imaginative Konfrontation ist eine Technik, die den Patienten dabei unterstützt, vermiedene und Angst auslösende Gefühle, Emotionen und Bilder des traumatischen Ereignisses noch einmal wieder zu erleben. Durch das wiederholte Niederschreiben der traumatischen Erfahrung habituiert sich der Patient an den Furcht auslösenden Stimulus. In dieser ersten Behandlungsphase, die insgesamt vier Essays umfasst, steht die Konfrontation mit den schmerzhaftesten Erinnerungen, Gedanken und Gefühlen bezüglich des traumatischen Ereignisses im Mittelpunkt. Der Patient wird gebeten, die schmerzhaftesten Momente und schwierigsten Augenblicke detailliert zu schildern. Die Texte sollten im Präsens und in der ersten Person, ohne Rücksicht auf Grammatik und chronologische Reihenfolge, geschrieben werden.

Beispieltext:

*„In der ersten Behandlungsphase geht es darum, den Verarbeitungsprozess zu aktivieren, indem Sie ganz genau aufschreiben, was Ihnen passiert ist ... Es ist wichtig, sich besonders auf die Situationen und Momente zu konzentrieren, die Sie sehr belastend empfinden. Die*

*schmerzhafsten Erinnerungen werden im alltäglichen Leben verdrängt, was zur Folge hat, dass sie unverarbeitet bleiben.“*

Der Patient erhält eine Rückmeldung und neue Schreibanleitung des Therapeuten nach dem zweiten Text. In dieser Rückmeldung bittet der Therapeut den Patienten, einen Moment des traumatischen Ereignisses zu beschreiben, an den er kaum zu denken wagt, der ihn immer noch sehr belastet.

Beispieltext:

*„Ich möchte Sie nun bitten, in den nächsten beiden Texten aus der gesamten Situation als Sie überfallen wurden, einen Moment zu wählen. Einen Moment oder ein Bild, an das Sie kaum zu denken wagen, das Sie noch immer sehr beunruhigt. Meistens ist das ein Moment, der sich Ihnen immer wieder stark aufdrängt, der Gefühle auslöst und körperliche Reaktionen verursacht wie Schwitzen, kalte Hände oder Beklemmung.“*

Die erste Behandlungsphase endet mit einer Rückmeldung des Therapeuten und leitet auf die nächste Therapiephase über: eine Psychoedukation über kognitive Umstrukturierung und für Traumaopfer typische dysfunktionale Gedanken. Die Patienten werden gebeten, dem Therapeuten einen neuen Zeitplan für die nächste Behandlungsphase zuzuschicken.

#### *2. Phase: Kognitive Umstrukturierung*

Im Zentrum des kognitiven Modells der posttraumatischen Belastungssymptome stehen die negativen Interpretationen und die persönliche Deutung des Traumas, außerdem kognitive Formen der Vermeidung von Erinnerungen und Gefühle, die in Zusammenhang mit der PTSD stehen. Die kognitive Vermeidung beunruhigender Traumainhalte hat häufig einen paradoxen Effekt. Je mehr die Patienten versuchen, bestimmte Gedanken zu unterdrücken, desto häufiger treten diese unwillentlich wieder auf (Salkovskis & Campbell, 1994). Dies kann zu einem erhöhten körperlichen Erregungszustand führen und Schlafstörungen hervorrufen. Aber auch dysfunktionale oder automatische Gedanken wie beispielsweise „ich hätte es verhindern können“ oder „ich bin Schuld an der Vergewaltigung“ werden im Rahmen der kognitiven Umstrukturierung hinterfragt und auf eine realistischere und hilfreichere Einstellung überprüft.

Im Zentrum der zweiten Behandlungsphase steht die kognitive Umstrukturierung. In dieser Phase schreiben die Patienten ihre Erfahrungen ein weiteres Mal auf, dieses Mal jedoch in Form eines unterstützenden Briefes an eine/n fiktive/n Freundin/Freund, der/dem genau das Gleiche widerfahren ist wie dem Patienten.

Beispieltext:

*„Stellen Sie sich vor, ein erdachter Freund oder eine erdachte Freundin hätte diese Texte geschrieben, nachdem er oder sie das Gleiche durchgemacht hat wie Sie. Er oder sie hat die gleichen Erfahrungen, die gleichen Gefühle und die gleichen Erinnerungen und muss damit*

*weiterleben. Wenn Sie die Texte gelesen haben, schreiben Sie ihm oder ihr einen unterstützenden Brief. Geben Sie ihm oder ihr in diesem Brief Rat, wie er oder sie das Geschehnis anders betrachten könnte ...“*

In dieser Behandlungsphase nehmen die Therapeuten bewusst dysfunktionale Gedanken auf, die von den Patienten in den vorangegangenen Texten geäußert wurden und hinterfragen diese in unterstützender Art und Weise. Durch diesen Perspektivenwechsel werden die Teilnehmer in die Lage versetzt, ihre eigenen automatisierten Gedanken in Frage zu stellen.

Beispieltext:

*„Sie haben geschrieben, dass Ihre Freundin seit dem Tod ihrer Tochter nichts mehr unternehmen möchte, nicht mehr ausgeht. Kann es vielleicht sein, dass Ihre Freundin das Gefühl hat, sie vergisst ihre Tochter, oder verlässt sie innerlich, wenn sie wieder ihr normales Leben lebt? Was kann Ihre Freundin tun, wenn dem so ist, gibt es vielleicht auch andere Möglichkeiten die Erinnerung an ihre Tochter festzuhalten und in sich zu tragen, aber in positiven Erinnerungen an die gemeinsame Zeit?“*

Neben den dysfunktionalen Gedanken werden auch Aspekte der posttraumatischen Reifung in dieser Behandlungsphase thematisiert, indem der Patient auch nach positiven Auswirkungen und Veränderungen durch das traumatische Erlebnis gefragt wird. Der Patient wird beispielsweise gefragt, ob er etwas über die Welt oder das Leben entdeckt hat, das er sonst gar nicht oder viel später entdeckt hätte? Oder hat es ihn oder sie vielleicht auch in positivem Sinne verändert? In einer Studie zu einer internetbasierten Therapie für komplizierte Trauer, die ähnliche Fragen zur persönlichen Reifung nach dem Tod eines nahen Angehörigen stellte, wurde nach Abschluss der Behandlung eine signifikante Zunahme der Werte für posttraumatische Reifung festgestellt (Wagner, Knaevesrud & Maercker, 2007). Das heißt, wenn in der Therapie in Form von spezifischen Fragestellungen ein Fokus auch auf die positive Entwicklung der eigenen persönlichen Reifung gelegt wird, kann das förderliche Auswirkungen auf den Patienten haben.

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Behandlung ist die Ressourcenaktivierung des Patienten durch die Behandlung. Die Patienten werden beispielsweise gefragt, welche Aktivitäten ihnen Freude bereiten könnten oder welche Situationen sie bewusst genießen können. Zusammenfassend kann man sagen, dass diese Behandlungsphase dazu dient, dysfunktionale und automatische Gedanken von einer anderen Perspektive aus in Frage zu stellen und neue Sichtweisen auf das traumatische Ereignis zu erlangen.

1. Phase	2. Phase	3. Phase
Selbstkonfrontation (4 Essays)	Kogn. Umstrukturierung (4 Essays)	Social Sharing (2 Essays)
Beschreibung des traumatischen Ereignisses einschließlich schmerzhafter Erinnerungen, Gedanken, Gefühle  Sensorische Einzelheiten  Gegenwart  Ich-Form	Schreiben eines unterstützenden Briefs an ein fiktives Opfer (Perspektivenwechsel)  Infragestellung irrationaler und automatisierter Kognitionen	Durch Brief Abschied/ Abstand von traumatischer Erfahrung  Symbolischer/ritueller Charakter  Stil, Rechtschreibung und Grammatik (wertvolles Dokument)

► **Abbildung 1. Behandlungsverlauf des Therapiemanuals für posttraumatische Belastungsstörungen.**

### 3. Phase: Social Sharing

In der abschließenden Phase steht das Social Sharing“ (andere teilhaben lassen) im Vordergrund. In einer großen retrospektiven Studie mit weiblichen Opfern sexuellen Missbrauchs zeigten die Ergebnisse: Je früher die Opfer über ihre traumatische Erfahrung mit anderen Menschen gesprochen haben, desto weniger psychische Erkrankungen wurden bei ihnen später festgestellt (Lange et al., 1999). Die Patienten werden in dieser Phase nun gebeten, einen Brief zu verfassen, in dem sie von ihrer traumatischen Erfahrung Abschied nehmen. Diesen Brief richten sie an eine nahe stehende Person, an jemanden, der im Zusammenhang mit der traumatischen Erfahrung steht oder an sich selbst. Hierbei geht es zunächst nicht um die tatsächliche Versendung des Briefes, sondern um den symbolischen und rituellen Charakter. Allerdings konnte Schoutrop (2000) in einer Untersuchung zeigen, dass diejenigen Patienten, die angeregt wurden, den Brief tatsächlich an die adressierte Person zu verschicken, nach einem Jahr im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine signifikante Verbesserung ihrer traumabedingten Symptome aufzeigten. Das bedeutet, dass der positive Behandlungseffekt durch das Abschicken des Briefes noch signifikant zunahm. Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen, in denen die Patienten ermutigt werden, frei heraus zu schreiben, achten die Therapeuten in dieser letzten Phase auch auf Stil, Rechtschreibung und Grammatik, um die Wichtigkeit dieses Briefes zu unterstreichen.

## 2.6. Wirksamkeit der Interapy – Behandlung für PTSD

In den vergangenen Jahren wurden insgesamt drei randomisierte Kontrollgruppenstudien in niederländischer und deutscher Sprache durchgeführt (Knaevelsrud et al. 2007; Lange et al., 2001, 2003). Bei allen Studien wurde bei Behandlungsende eine signifikante Verbesserung der posttraumatischen Belastungssymptomatik und des allgemeinen psychologischen Funktionierens festgestellt. Generell gilt, dass ein  $d$ -Wert von .20 als kleiner Behandlungseffekt, .40 als ein mittlerer Behandlungseffekt und .60 als ein hoher Effekt gewertet werden (Cohen, 1977). Dementsprechend können die Behandlungseffekte in diesen Studien als sehr hohe Effekte eingeordnet werden, insbesondere in den traumaspezifischen Symptomen (Tabelle 1). In der deutschsprachigen Studie (Knaevelsrud et al., 2007) beruhen die Behandlungseffekte auf der konservativen *Intent-to-Treat*-Analyse – damit ist gemeint, dass auch die Werte der Prämessung aller Drop-out Patienten in die Berechnung der Wirksamkeitseffekte mit eingerechnet wurden. In einem Langzeit-Follow-up konnten die Verbesserungen der Symptomatik aufrechterhalten werden. Das bedeutet, dass die anfänglich gefundenen positiven Behandlungsergebnisse reproduziert werden konnten.

► **Tabelle 1. Behandlungseffekte der PTSD-Symptomatik in den randomisierten Kontrollgruppenstudien für posttraumatische Belastungsstörungen (Prä-/Post-Messung im Vergleich der Behandlungsgruppe.**

	<i>N</i>	IES-Intrusionen <i>d</i>	IES-Vermeidung <i>d</i>	Depression <i>d</i>	Angst <i>d</i>
Lange et al. (2001)	25	1.96	1.49	1.28 <sup>a</sup>	1.21 <sup>b</sup>
Lange et al. (2003)	101	1.07	1.03	1.14 <sup>a</sup>	0.76 <sup>a</sup>
Knaevelsrud et al. (2007)	96	1.40	.98	1.16 <sup>c</sup>	1.08 <sup>d</sup>

Messinstrumente: a = SCL-Depression; b = SCL-90-Angst; c = BSI-Depression; d = BSI-Angst (aus Wagner & Lange, 2008)

## 2.7. Behandlungsmanual für Komplizierte Trauer

Personen, die unerwartet oder auf traumatische Art und Weise eine nahe stehende Person verloren haben, erleiden ein erhöhtes Risiko an komplizierter Trauer zu erkranken. Insbesondere dann, wenn der Tod stigmatisierende Umstände hat (z.B. der Tod eines Kindes, Mord) entwickeln die Angehörigen oft starke Schuld- und Schamgefühle und ziehen sich von ihrer Umwelt zurück. Beispiele solcher traumatischen Ereignisse sind unter anderem Todesfälle durch Suizid, Unfälle (z.B.

Verkehrsunfall, Ertrinken, Hausbrand), Tötung, Miterleben eines qualvollen Sterbens oder unerwarteter Tod nach plötzlicher Erkrankung. Der Verlust eines Kindes oder einer nahe stehenden Person hinterlässt bei dem Überlebenden oft starke Gefühle der Verzweiflung, Wut und Trauer.

In den letzten Jahren wurde ein eigenes klinisches Störungsbild für komplizierte Trauer beschrieben (Horowitz et al., 1997; Langner & Maercker, 2005). Das Leiden der Betroffenen äußert sich in einer umfangreichen Symptomatik. Neben starken Einsamkeitsgefühlen und innerer Leere sind vor allem ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten von Situationen und ein Meiden von Menschen, die den Betroffenen an den Verstorbenen erinnern, zu beobachten. Gleichzeitig berichten Betroffene über quälendes, ungewolltes Wiedererinnern (z.B. in Form von Alpträumen oder Flashbacks) an den Verstorbenen und die Art und Weise, wie die Person verstorben ist. Sozialer Rückzug, depressive Verstimmungen, Aufgabe des Arbeitsplatzes oder anderer Aktivitäten sind Verhaltensweisen, die zusätzlich häufig in Zusammenhang mit komplizierter Trauer auftreten.

Die Grundlage für die Entwicklung der internetbasierten Therapie für komplizierte Trauer (Wagner et al., 2005, 2006) war das oben beschriebene Behandlungsmanual von Interapy für PTSD. Wie bei der posttraumatischen Belastungsstörung besteht das Therapiemanual aus drei Phasen: (1) Konfrontation mit den Todesumständen, (2) kognitive Umstrukturierung und (3) Social Sharing. Unterschiede bestehen vor allem in der Phase der kognitiven Restrukturierung. Während es bei der PTSD-Behandlung in dieser Phase hauptsächlich darauf ankommt, das Erlebnis zu verarbeiten, geht es bei den Trauerpatienten auch darum, wieder in positiven Erinnerungen an den Verstorbenen zu denken. Ebenso werden Schuldgefühle in Bezug auf den Tod und die Mitverantwortlichkeit am Tode des Verstorbenen kritisch reflektiert. Ein weiterer Bestandteil dieser Phase ist das Entwickeln von Ritualen oder Aktivitäten, um dem Verstorbenen zu gedenken. Es geht hier vor allem darum, dem Verstorbenen einen festen Platz im Alltag zu geben. Der fiktive unterstützende Brief an eine/n Freund/Freundin ermöglicht dem Patienten, seine eigene Zukunft ohne die verstorbene Person zu überdenken. Prioritäten werden in dieser Phase neu geordnet und Vorschläge sollen gemacht werden, wie der Patient sich vorstellen kann, sein Leben wieder zu genießen und mehr am Sozialleben teilzunehmen. Die Ergebnisse einer randomisierten Kontrollgruppenstudie zeigten eine signifikante Verbesserung der Trauersymptomatik, die auch in einer Follow-up Messung nach 1,5 Jahren (Wagner & Maercker, 2007) aufrecht erhalten werden konnte.

#### **2.8. Internetbasiertes Präventionsprogramm für komplizierte Trauer**

Aus den Erkenntnissen dieses Behandlungsmanuals für Patienten, die an komplizierten Trauerreaktionen leiden, wurde ein Präventionsprogramm für Risikogruppen für komplizierte Trauer entwickelt (Wagner & Maercker, 2009). Diese Intervention umfasst insgesamt fünf Schreibaufgaben, die sich über einen Zeit-

raum von drei Wochen erstrecken. Die Behandlung hatte folgende Behandlungsschwerpunkte:

- die Kommunikation innerhalb der Partnerschaft und Familie
- Infragestellung von Schuldgefühlen
- die Verantwortlichkeit am Tod
- die Bindung zur verstorbenen Person

Spezifische Schreibaufgaben, wie beispielsweise das Modul *Spurensuche*, sollten die Bindung zur verstorbenen Person fördern. Diese *Imprint*-Technik von Neimeyer (2002) hatte zur Aufgabe, die Spuren, die die Beziehung zur verstorbenen Person beim Klienten hinterlassen hat, zu reflektieren und ihre biografische Bedeutung hervorzuheben. Die Teilnehmer werden hier gebeten, über ihr eigenes Verhalten, ihre Persönlichkeit und ihr Denken nachzudenken und auszumachen, was sie von der verstorbenen Person übernommen haben, um dies dann in einem Essay niederzuschreiben.

Ein weiterer Schwerpunkt liegt in der Kommunikation innerhalb der Familie und in zwischenmenschlichen Beziehungen. Eine vorausgehende Psychoedukation beschreibt ausführlich die unterschiedlichen Kommunikationsmuster und Verhaltensweisen von Männern und Frauen nach dem Verlust einer nahestehenden Person. Die Klienten werden aufgefordert, ihren eigenen Kommunikationsstil innerhalb ihrer Familie und mit Freunden zu reflektieren. Die Klienten werden sich so ihres eigenen Anteils in der sozialen Interaktion mit anderen deutlicher bewusst und lernen sich selbst mehr zu öffnen, sich aber auch über die eigenen Grenzen besser im Klaren zu sein. Diese Intervention zeigte nach Abschluss der Postmessung eine signifikante Verbesserung der Trauer- und Depressionssymptomatik.

### **3. Virtual Reality (VR) für die Therapie von PTSD**

Virtuelle Realitäten (VR) bieten neue Möglichkeiten, reale Welten als Computermodell darzustellen. Mit Hilfe von visuellen, taktilen und auditiven Abbildungen nimmt der Nutzer die ihm präsentierte Welt dreidimensional wahr. Diese Dreidimensionalität gibt dem Nutzer von VR-Welten das Gefühl, sich in dieser virtuellen Umgebung unmittelbar aufzuhalten. Dieser Effekt wurde inzwischen in einer Reihe von Studien im Bereich der Psychotherapie erfolgreich genutzt (Krijn, Emmelkamp, Olafsson & Biemond, 2004).

Insbesondere Störungsbilder, die mit Hilfe von Expositionstechniken verhaltenstherapeutisch nachweislich sehr gut behandelbar sind (z.B. spezifische Phobien) wurden bisher mit Hilfe von VR behandelt. Durch die Konfrontation mit den Furcht auslösenden Reizen und dem Aushalten der Angstgefühle hat sich VR als ein wichtiges therapeutisches Hilfsmittel erwiesen (Emmelkamp, 2005). Diese Wirksamkeitsstudien zeigen ebenso wirksame Behandlungseffekte wie in ver-

gleichbaren herkömmlichen Therapien, die mit in-vivo-Expositionen arbeiten. Emmelkamp et al. (2002) untersuchte in einer randomisierten Kontrollgruppenstudie Patienten, die an Höhenangst litten. Eine Gruppe erhielt eine detailliert nachgestaltete VR der realen Gegebenheit (z.B. Feuerleiter), während die Kontrollgruppe eine in-vivo-Exposition erhielt. Das Ergebnis der Studie zeigte, dass nach Abschluss der Behandlung beide Therapieansätze gleich effektiv waren und die Symptomatik reduzierten. Diese Studie verdeutlicht einen großen Vorteil der VR-Behandlungsmethode. In-vivo-Expositionen können zum Teil in ihrer Durchführung sehr aufwendig aufzusuchen und kostspielig sein, während die VR-Expositionen in einer virtuellen Welt so oft wie es der Patient benötigt und in einer sicheren Umgebung wiederholt und durchgeführt werden können. Eine in-vivo-Exposition kann insbesondere bei PTSD-Patienten unter Umständen sehr schwierig sein.

Eine der ersten VR-Studien von PTSD beschreibt die Exposition mit Vietnam-Veteranen, die an einer PTSD als Folge des Vietnamkrieges litten (Rothbaum et al., 1999; Rothbaum et al., 2001). In dieser Studie erhielten 16 Vietnam-Veteranen Therapiesitzungen mit VR in Kombination mit imaginativen Techniken und Entspannungsübungen. In den computergestützten Therapiesitzungen befanden sich die Patienten in einem virtuellen vietnamesischen Dschungel, akustisch umgeben von Flugzeug- und Helikoptergeräuschen sowie damals typischen Radiogeräuschen. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass die Patienten eine Abnahme der PTSD-Symptomatik von 15 % bis 67 % berichteten. Ein weiteres Beispiel eines Anwendungsbereiches der VR für Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung ist die Darstellung der traumatischen Ereignisse des 11. Septembers 2001 als virtuelle Exposition. Difede und Hoffman (2002) zeigten mit ihrer Fallstudie die Behandlung einer Patientin, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung litt, seitdem sie als Zeugin die einstürzenden Türme des World Trade Centers aus unmittelbarer Nähe erlebte. Die Patientin wurde graduell den virtuellen Flugzeugen, die in das World Trade Center stürzten, ausgesetzt. Animierte Explosionen wurden als auditive Effekte dargeboten und virtuelle Menschen stürzten sich aus dem brennenden Gebäude. Die Patientin zeigte nach Abschluss der Behandlung eine starke Abnahme der PTSD-Symptomatik. Das Beispiel dieser Fallstudie verdeutlicht die Vor- und Nachteile sowie die Gefahren einer solchen Exposition im gleichen Maße. Ein Vorteil der VR ist die Möglichkeit zur feinstufigen graduellen Exposition. Die Exposition kann entsprechend den individuellen Bedürfnissen des Patienten schrittweise durchgeführt und auch so oft wiederholt werden, wie es der Patient benötigt. Diese schrittweise Exposition in einer normalen in-vivo-Expositionstherapie durchzuführen ist bei PTSD-Patienten häufig nur unter großem Aufwand möglich. Ferner bietet es die Möglichkeit, traumatische Szenen nachzubilden, die sonst nur sehr schwierig als in-vivo-Exposition aufzusuchen wären.

Allerdings ist bisher nicht wissenschaftlich belegt, welche psychischen Auswirkungen es auf die Patienten hat, wenn die idiosynkratische traumatische Situation des Patienten nicht genau abgebildet wird und dadurch keine Angstgefühle auslöst, sondern eventuell neue traumatisierende Bilder evoziert werden. Ein Patient kann



beispielsweise ursprünglich durch die Beobachtung der einstürzenden Türme des World Trade Centers eine PTSD entwickelt haben, aber durch eine virtuelle Darstellung von Menschen, die aus dem brennenden Gebäude stürzen, neue traumatische Furchtstrukturen aufbauen. Es gibt bisher nur sehr wenige Studien, die die Wirkungsweise des Einsatzes von VR bei Patienten mit einer posttraumatischen Belastungsstörung untersuchten. Die bisherigen Ergebnisse lassen keine zuverlässigen Schlüsse zu, dass dies in jedem Fall eine wirksame Behandlungsmethode für PTSD-Patienten ist. Wissenschaftliche Studien sollten unter Berücksichtigung ethischer Aspekte untersuchen, unter welchen Voraussetzungen eine nicht exakte Übereinstimmung der traumatischen Stimuli mit der VR-Computerwelt den Patienten Nutzen oder Schaden bringt.

#### **4. Neue Anwendungsbereiche: Virtuelles Behandlungszentrum für PTSD im Irak**

Obwohl das Internet auch in Krisengebieten und Konfliktregionen inzwischen eine immer weitere Verbreitung findet und dessen Informationsmöglichkeiten häufig vor allem in Bezug auf die aktuelle Sicherheitslage genutzt wird, werden die neuen Möglichkeiten des Internets bisher nur selten für den humanitären Einsatz genutzt. Vereinzelt Projekte im humanitären Kontext nutzen die mediale Aufmerksamkeit des Internets, um auf traumatisierende Situationen in Konfliktregionen aufmerksam zu machen. Das Internet-Projekt „Eyes on Dafur“ ([www.eyesondarfur.com](http://www.eyesondarfur.com)) beobachtet beispielsweise fortlaufend mit aktuellen hochauflösenden Satellitenbildern die Zerstörung von einem Dutzend Siedlungen in der westsudanesischen Provinz. Auf den Archivbildern sind Objekte bis zu einer Größe von einem halben Meter erkennbar.

Während im westlichen Kontext das Internet inzwischen auch für psychologische und gesundheitliche Bereiche häufig genutzt wird und die Wirksamkeit von psychologischen Interventionen im Internet empirisch belegt ist, gibt es bisher kaum ein Transfer dieses Wissens in so genannte Konfliktregionen. Zwar haben sich beispielsweise in den vergangenen Jahren die Therapieangebote für Soldaten oder Militärangestellte nach ihrem Einsatz in Kriegs- oder Konfliktregionen verbessert (z.B. Irak-Krieg) und vereinzelt werden auch internetbasierte Therapieangebote (Litz, Engel, Bryant & Papa, 2007) oder computergestützte VR-Interventionen (Rizzo et al., 2005) angeboten, aber für die Bevölkerung vor Ort wurden bisher keine Therapieangebote im Bereich E-health entwickelt oder evaluiert. Am Beispiel einer Wirksamkeitsstudie im Irak soll eine der ersten psychologischen Interventionsstudien im E-health-Bereich präsentiert werden, die im humanitären Kontext stattfindet (Knavelsrud, Wagner, Karl & Müller, 2007).

Gemäß einer Untersuchung durch die Schweizer Flüchtlingshilfe (2004) leidet ca. 50% der irakischen Bevölkerung an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Tägliche Selbstmordanschläge und Kämpfe zwischen den Religionsgruppen

fürten zu einer hohen Traumatisierung der Bevölkerung. Der Mangel an psychotherapeutischer Hilfe ist groß und nur ein verschwindend kleiner Prozentsatz an traumatisierten Personen erhält tatsächlich Hilfe. Konträr zum großen Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung gibt es durch die angespannte Sicherheitslage im Irak aber derzeit kaum psychologische Hilfe vor Ort. Die meisten internationalen Hilfsorganisationen verließen aus Sicherheitsgründen den Irak. Diese Faktoren verdeutlichen die große Notwendigkeit einer psychologischen Versorgung, die niederschwellig erreichbar und vergleichsweise kostengünstig ist und bei der der Aufenthaltsort der Therapeuten unabhängig von dem der Patienten ist.

Das Arabischsprachige virtuelle Behandlungszentrum für Traumaopfer im Irak „Iljanafsy“ ([www.iljanafsy.org](http://www.iljanafsy.org) oder [www.virtual-trauma-center.org](http://www.virtual-trauma-center.org)) ist eine der ersten Studien, die das Internet als Brücke zur psychotherapeutischen Versorgung in Konfliktregionen nutzt (Knave et al., 2007). Das Interapy-Behandlungsmニュアル für posttraumatische Belastungsstörungen wurde ins Arabische übersetzt und dem arabischen kulturellen Kontext angepasst. Die Therapeuten sind Psychiater und Psychologen aus dem Irak, Syrien, Dubai und Palästina. Alle behandelnden Therapeuten haben ein fünftägiges Training in der Durchführung und Anwendung des Behandlungsmニュアルs und der Online-Diagnostik durchlaufen und erhalten regelmäßige Supervision im geschützten Supervisionsforum.

Die internetbasierte Behandlungsmethode ist besonders für Frauen eine neue Möglichkeit, in relativ anonymer Art und Weise therapeutische Hilfe aufzusuchen. Wie in den meisten kriegesischen oder bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen sind Frauen im Irak derzeit besonders häufig Opfer von sexueller Gewalt, Entführungen und Verschleppungen durch bewaffnete Gruppen. Irakische Frauen, die Opfer sexueller Gewalt werden, gelten vielerorts immer noch als entehrt und suchen trotz ihrer psychischen Beschwerden keine Hilfe. Diese Patientengruppe erlebt häufig Gefühle der Stigmatisierung und Scham und wagt es oft nicht, sich einer Person anzuvertrauen, da dies unter Umständen lebensbedrohliche Konsequenzen für sie haben kann. In der arabischen Version der Interapy-Behandlung für PTSD werden weibliche Patientinnen ausschließlich durch eine weibliche Therapeutin behandelt, dasselbe gilt für Supervisoren und Therapeuten. Die Ergebnisse der Behandlung werden derzeit im Rahmen einer randomisierten Kontrollgruppen-Studie untersucht.

## 5. Zusammenfassung

Internetbasierte Psychotherapie ist eine neue Entwicklung im Bereich der Klinischen Psychologie, die neue Fragen in Bezug auf deren Wirksamkeit und die Bedeutung der therapeutischen Beziehung aufwirft, durch ihren innovativen Charakter aber auch neue Anwendungsbereiche ermöglicht. Das Beispiel von Interapy verdeutlicht, dass die empirische Erfahrung der kognitiven Verhaltenstherapie für PTSD aus dem *face-to-face* Setting auch in Form von strukturierten Schreibauf-

gaben ins Internet übertragen werden kann. Durch die starke Strukturierung des Behandlungsmanuals kommt dem Patienten bei der Interapy-Behandlung in der Regel eine *best-practice* der kognitiven Verhaltenstherapie auf evidenzbasierten Studien zu Gute. Die Resultate der vorgestellten Interapy-Studien für die PTSD stimmen dahingehend überein, dass die Behandlungseffekte groß und durchaus vergleichbar mit entsprechenden face-to-face Therapiewirksamkeitsstudien sind. In Langzeiterhebungen von 1,5- bis 3-Jahres-Follow-up Zeiträumen konnte gezeigt werden, dass die Therapieeffekte auch über einen langen Zeitraum hinweg stabil sind (Lange et al., 2003; Ruwaard et al., 2007; Wagner et al., 2007). Ein weiterer wichtiger Punkt in der Interapy-Behandlung stellt die Transparenz des Therapieprozesses dar. Die Archivierbarkeit der Texte bietet nicht nur den Patienten eine neue Möglichkeit, den Therapieverlauf später noch einmal zurückzuverfolgen, sondern stellt auch für den Therapeuten neue Optionen in ihrer Arbeitsweise dar. So können die Therapeuten zum einen durch die asynchrone, zeitversetzte Kommunikation zunächst ihre Antwort genau reflektieren und sind nicht gezwungen, sofort den Patienten zu antworten. Aber auch die geografische Unabhängigkeit und gute Zugänglichkeit des Internets sind ein großer Vorteil des E-health-Bereiches und es eröffnen sich neue Dimensionen psychologischer und medizinischer Anwendungsbereiche, wie am Beispiel des virtuellen arabischen Behandlungszentrums verdeutlicht wurde.

Allerdings gibt es auch mögliche Einschränkungen, die noch weiter untersucht werden sollten: Die gegebene Anonymität erschwert es dem Therapeuten zum Beispiel, in Krisensituationen (Suizidalität) angemessen und zeitnah zu handeln. Auch fehlende nonverbale Signale können zur Folge haben, dass ungeklärte Missverständnisse den therapeutischen Prozess negativ beeinflussen können. Aus diesem Grund ist besonders wichtig, gegenüber dem Patienten eine maximale Transparenz (z.B. Name der Einrichtung, telefonische Erreichbarkeit) zu gewährleisten. Ebenso wichtig ist es, vor der Behandlung ein umfassendes Screening durchzuführen und klar definierte Ausschlusskriterien anzuwenden, um beispielsweise Patienten, die suizidgefährdet sind, nicht über das Internet zu behandeln. Ebenso sollten weitere empirische Untersuchungen die Anwendung von VR bei Traumaopfern und deren spezifische Besonderheiten im Bezug auf die idiosynkratischen Traumexpositionen überprüfen.

Die Vorteile und möglichen Einschränkungen der internetbasierten Therapie zeigen, dass Forschung und Entwicklung noch am Anfang stehen und die Durchführung weiterer empirischer Studien notwendig ist.

## 6. Literatur

- ARNOLDI J., VEN J. P. VAN DE, SCHRIEKEN B. & LANGE A. (2000). *De Risico Taxatielijst eigenschappen van een kort screeningsinstrument [Suicide Risk Assessment – A short screening tool]*. Unpublished manuscript, University of Amsterdam.

- BECK A. T., RUSH A. J., SHAW B. F. & EMERY G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- BISSON J. I., EHLERS A., MATTHEWS R., PILLING S., RICHARDS D. & TURNER S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 97–104.
- BRADLEY R., GREENE J., RUSS E., DUTRA L. & WESTEN D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- COHEN J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. Auflage). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- HERSOUG A. G., HOGLEND M. D., MONSEN J. T. & HAVIK O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 205–216.
- HOROWITZ M. J., SIEGEL B., HOLEN A., BONANNO G.A., MILBRATH C. & STINSON C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- HORVATH A. O. & GREENBERG L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counselling Psychology*, 36, 223–233.
- KNAEVELSRUD C. (2005). *Efficacy of an Internet-driven therapy (Interapy) for posttraumatic stress and the online therapeutic alliance*. Doctoral dissertation, University of Zürich.
- KNAEVELSRUD C., JAGER J. & MAERCKER A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14, 174–185.
- KNAEVELSRUD C. & MAERCKER A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BMC Psychiatry*, 19, 7–13.
- KNAEVELSRUD C. & MAERCKER A. (2006). Does the quality of the working alliance predict treatment outcome in online psychotherapy for traumatized patients? *Journal of Medical Internet Research*, 19, 8(4).
- KNAEVELSRUD C., WAGNER B., KARL A., & MUELLER J. (2007). New treatment approaches: integrating new media in the treatment of war and torture victims. *Torture*, 17, 67–78.
- KORDY & S. BAUER (eds.), *E-Mental Health*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- LANGE A., BEURS E., DE DOLAN C., LACHNIT T., SJOLLEMA S. & HANEWALD G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 150–158.
- LANGE A., RIETDIJK D., HUDCOVICOVA M., VAN DE VEN J. P., SCHRIEKEN B. & EMMELKAMP P. M. G. (2003). Interapy. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 901–909.
- LANGE A., RUWAARD J., SCHRIEKEN B., BROEKSTEEG J., TIENHOVEN S., JAGER J. & EMMELKAMP P. (2007). Geprotocolleerde cognitieve gedragstherapie van klinische en subklinische paniekstoornis via het internet: de behandeling en de resultaten van een gecontroleerde gerandomiseerde trial (Protocolled e-mail driven cognitive

- behavioral treatment of clinical and subclinical panic disorder). *Directieve Therapie*, 27(4).
- LANGE A., SCHOUTROP M., SCHRIEKEN B. & VAN DE VEN J. (2002). Interapy: A model for therapeutic writing through the internet. In: Lepore S. J., Smyth J. M. (Eds.), *The writing cure: How expressive writing promotes emotional health and well-being*, 215–238. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- LANGE A., SCHRIEKEN B., BLANKERS M., VAN DE VEN J. P. & SLOT M. (2000a). Constructie en validatie van de Gewaarwordingenlijst: een hulpmiddel bij het signaleren van een verhoogde kans op psychosen [Construction and validation of the Screening Device for Psychotic Disorder]. *Directieve Therapie*, 20, 162–173.
- LANGE A., SCHRIEKEN B., VAN DE VEN J. P., BREDEWEG B., EMMELKAMP P. M. G., VAN DER KOLK J., LYDSDOTTIR L., MASSARO M., REUVERS A. (2000b). 'INTERAPY': The effects of a short protocolled treatment of post-traumatic stress and pathological grief through the Internet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 175–192.
- LANGE A., VAN DE VEN J. P., SCHRIEKEN B., & EMMELKAMP P. (2001). INTERAPY: Treatment of posttraumatic stress through the Internet: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 32, 73–90.
- LANGE A., VERMEULEN H., RENCKENS C. H., SCHRIJVER M., VAN DE VEN J. P., SCHRIEKEN B. & DEKKER J. (2005). De geprotocolleerde Interapy-behandeling van depressie via het internet; resultaten van een gerandomiseerde trial (Protocolled treatment of depression through the internet). *Directieve Therapie*, 25, 27–50.
- LANGNER R., MAERCKER A. (2005). Complicated grief as stress response disorder: Evaluating diagnostic criteria in a German sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 235–242.
- LITZ B. T., ENGEL C. C., BRYANT R. A. & PAPA A. (2007). A Randomized, Controlled Proof-of-Concept Trial of an Internet-Based, Therapist-Assisted Self-Management Treatment for Posttraumatic Stress Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1676–1684.
- MAERCKER A. (Hrsg.). (2004). *Therapie der posttraumatischen Belastungsstörungen* (2. Auflage). Berlin: Springer.
- NIJENHUIS E. R. S., SPINHOVEN P., VAN DYCK R., VAN DER HART O. & VANDERLINDEN J. (1997). The development of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 311–318.
- RESICK P. A. & SCHNICKE M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 60, 748–756.
- RIMÉ B. (1995). The social sharing of emotional experience as a source for the social knowledge of emotion. In: Russell J. A., Fernandez-Dols J. M., Manstead A. S. R. & Wellenkamp J. C. (Eds.). *Everyday conceptions of emotions. An introduction to the psychology, anthropology and linguistics of emotion*, 475–489. Doordrecht, The Netherlands: Kluwer.
- RIZZO A., PAIR J., MCNERNEY P. J. et al. (2005). Development of a VR therapy application for Iraq War military personnel with PTSD. *Studies in Healthy Technology and Informatics*, 111, 407–413.

- RUWAARD J., LANGE A., BOUWMAN M., BROEKSTEEG J. & SCHRIEKEN B. (2007). E-Mailed Standardized Cognitive Behavioural Treatment of Work-Related Stress: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36 (3), 179–192.
- SALKOVSKIS P. M. & CAMPBELL P. (1994). Thought suppression induces intrusion in naturally occurring negative intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 1–8.
- SCHOUTROP M. (2000). *Structured writing in processing traumatic events*. Ph.D thesis, University of Amsterdam.
- SULER J. (2001). *The online disinhibition effect*. Retrieved November 2003, from <http://p24601.rider.edu/sites/suler/psycyber/disinhibit.html>
- WAGNER B. (2006). *Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief*. Dissertation, Universität Zürich.
- WAGNER B., KNAEVELSRUD C. & MAERCKER A. (2005). Complicated grief and Internet-based treatment for complicated grief: Concepts and case study. *Journal of Loss and Trauma*, 10, 409–432.
- WAGNER B., KNAEVELSRUD C. & MAERCKER A. (2006). Internet-based Cognitive-Behavioural Therapy for Complicated Grief: A controlled Evaluation. *Death Studies*, 30, 429–453.
- WAGNER B., & LANGE A. (2008). *Internetbasierte Psychotherapie 'Interapy'*. In: Kordy H. & Bauer S. (eds.), *E-Mental Health*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- WAGNER B. & MAERCKER A. (2007). A 1,5-year follow-up of an Internet-based intervention of Complicated grief. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 625–629.
- WAGNER B. & MAERCKER A. *Internet-based Preventive Intervention (CBT) for Complicated Grief: A pilot study*. (2009), Psicologia Applicata alla medicina del Lavoro ed Ergonomia, Suppl. A
- WALTHER J. B. (1996): Computer-mediated communication: Impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research* 23, 3–43.

# Elektronische Diabetesschulung für Kinder und Jugendliche

Marianne König\* und Roswith Roth

## 1. Diabetes mellitus Typ 1

Diabetes mellitus (DM) ist eine chronische Erkrankung, bei der die Insulinproduktion der Bauchspeicheldrüse beeinträchtigt ist. Die Folge sind hohe Blutzuckerwerte, lebensbedrohliche Stoffwechselentgleisungen und Langzeitfolgen, die Lebensqualität und Lebenserwartung vermindern.

Es gibt verschiedene Formen des DM. Im Kindes- und Jugendalter wird vorwiegend Typ I Diabetes (T1DM) beobachtet, bei dem die  $\beta$ -Zellen der Bauchspeicheldrüse durch einen Autoimmunprozess zerstört werden und die Insulinproduktion versiegt. Im Erwachsenenalter ist Typ II Diabetes (T2DM) vorherrschend, bei dem eine verminderte Insulinwirksamkeit beobachtet wird (Danne & Becker, 2007).

Der European Health Report der WHO (World Health Organisation, 2005) schätzt, dass in Europa etwa 22,5 Millionen Erwachsene an DM erkrankt sind. Genaue Zahlenangaben fehlen, da es europaweit keine einheitliche Registrierung gibt. Schätzungen basieren auf Populationsstudien, Daten europäischer Diabeteszentren, DiabetologInnen und AllgemeinmedizinerInnen sowie Verkaufsdaten für Insulin und antidiabetische Medikamente (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, 2004). 5–15 % haben Typ I Diabetes und erkranken im Kindes- oder Jugendalter bzw. im frühen Erwachsenenalter, 85–95 % erkranken an Typ II Diabetes. Früher war T2DM eine Alterserkrankung, in den letzten Jahren sind aufgrund der veränderten Ernährungs- und Lebensgewohnheiten zunehmend Menschen in der ersten Lebenshälfte betroffen.

---

\* Korrespondenzadresse: Marianne König, Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde, Währinger Gürtel 18–20, 1090 Wien, Österreich, E-mail: Marianne.Koenig@meduniwien.ac.at

In Österreich erkrankten etwa 9 von 100 000 Kindern unter 14 Jahren (Waldhoer, Schober & Rami, 2003) und etwa 6 von 100 000 Erwachsenen zwischen 25 und 30 Jahren neu an T1DM (Rami, Schober & Waldhoer, 2001).

Die genaue Ursache des Typ I Diabetes ist nicht geklärt, es handelt sich um eine *Autoimmunerkrankung*, bei der sich das Immunsystem gegen körpereigene Zellen richtet und die Insulin produzierenden  $\beta$ -Zellen in der Bauchspeicheldrüse zerstört. Die Erkrankung ist nicht ansteckend und bisher auch nicht verhinder- oder heilbar, da die Faktoren, die den Autoimmunprozess in Gang setzen, noch nicht bekannt sind. Dank der seit 1922 bekannten Insulinersatztherapie hat sich die Lebenserwartung von Patienten mit guter Diabeteseinstellung normalisiert (Girach, Manner & Porta, 2006).

*Insulin* ist ein *lebensnotwendiges Hormon*, das in der Bauchspeicheldrüse produziert wird. Es steuert den Transport der mit der Nahrung aufgenommenen Kohlenhydrate in die Körperzellen (vor allem Muskel- und Fettzellen) und die Eigenproduktion von Zucker in der Leber. Bei Gesunden ist die Insulinabgabe durch die  $\beta$ -Zellen abhängig vom Blutzucker sehr genau gesteuert, sodass der Blutzucker bei Gesunden in einem sehr engen Bereich zwischen 60 und 140 mg/dl konstant gehalten wird. Gegenspieler von Insulin (Blutzucker erhöhende Antagonisten) sind 4 verschiedene Hormone; Glukagon, Wachstumshormon, Adrenalin und Cortison. Ohne Insulin steigen die Blutzuckerwerte stark an, in den Zellen ist aber zu wenig Zucker als Energiequelle vorhanden. Ersatzweise werden körpereigenes Eiweiß und Fett abgebaut. Das führt zu Gewichtsabnahme und zur Übersäuerung durch die Bildung von Ketonkörpern und freien Fettsäuren. Wenn der Körper selbst kein oder zu wenig Insulin produziert, muss es von außen ersetzt werden. Das ist derzeit nur durch Injektionen unter die Haut (subkutan) möglich, da Insulin in Tabletten- oder Tropfenform im Magen verdaut und wirkungslos wird. Über die Nasenschleimhaut verabreichtes Insulin wird derzeit in klinischen Versuchen erprobt (Black, Cummins, Royle, Philip & Waugh, 2007).

Der Blutzucker muss für eine optimale Therapieeinstellung regelmäßig kontrolliert werden. Das können schon Kinder im Vorschulalter. Die Häufigkeit der Blutzuckerkontrollen hängt von der Stoffwechselstabilität und der Art der Insulintherapie ab, 4-7 Messungen pro Tag werden empfohlen. Nur durch regelmäßige Blutzuckerkontrollen kann der Erfolg der Therapie überprüft und, wenn notwendig, angepasst werden (Veränderung der Insulin- oder Kohlenhydratzufuhr).

Die gemessenen Blutzuckerwerte, die verabreichten Insulin- und Kohlenhydratmengen („Broteinheiten“, BE) sollten im Diabetestagebuch dokumentiert werden. Dieses dient als Grundlage für die Therapiekontrolle und -anpassung (Danne & Becker, 2007).

Bei unzureichender oder ungenauer Insulinersatztherapie können zwei verschiedene Akutkomplikationen auftreten:

1. *Hyperglykämie*, zu hoher Blutzucker, tritt auf, wenn zu wenig Insulin verabreicht, zu viel gegessen (falsch gewogen; zwischendurch gegessen, ohne Insulin zu spritzen etc.) oder weniger Bewegung als sonst gemacht wird. Außerdem bei



fieberhaften Infekten, Stress und bei ausgeprägtem Dawn-Phänomen in der Pubertät (vermehrte antagonistische Hormonausschüttung in den Morgenstunden). Als Gegenmaßnahmen sind Korrektur mit zusätzlichem (kurz wirksamen) Insulin, zusätzliche Blutzucker-(BZ-)Kontrollen, Harnstreifenkontrollen (Glukose und Ketonkörper) und reichliche Flüssigkeitszufuhr (weil der hohe Blutzucker die Gewebe entwässert und der erhöhte Harnzucker zur vermehrten Flüssigkeitsausscheidung führt) möglich. Anzeichen einer lebensgefährlichen Stoffwechselerkrankung (Ketoazidose) sind vermehrtes Durstgefühl, Übelkeit, Erbrechen, Bauchschmerzen, Krankheitsgefühl, Muskelschwäche und Benommenheit bis zum Koma (Lebensgefahr!) (Haller, Atkinson & Schatz, 2005).

2. *Hypoglykämie*, zu niedriger Blutzucker (weniger als 60 mg/dL bzw. 3,33 mMol/L), tritt auf, wenn zu viel Insulin gespritzt oder zu wenig gegessen wird, bei starker körperlicher Anstrengung, Krankheit (Durchfall, Erbrechen) oder wenn der Insulinbedarf sinkt. Anzeichen einer Hypoglykämie sind z.B. Schwitzen, Kältegefühl, Zittern, Übelkeit, Blässe, Heißhunger, Konzentrationsschwierigkeiten, Schwäche in den Beinen und Müdigkeit. Als Gegenmaßnahmen sollten der aktuelle BZ-Spiegel gemessen und 1 Hypo-BE (100mL Cola, Apfelsaft, Orangensaft) oder Traubenzucker (z.B. 2 Plättchen Dextro energen) eingenommen werden (Haller, Atkinson & Schatz, 2005).

Zusätzlich zu den akuten Komplikationen, Hyper- oder Hypoglykämie, sind es vor allem die *Langzeitschäden*, die erst nach 10–20 Jahren Diabetesdauer auftreten und die Lebensqualität und Lebenserwartung erheblich beeinträchtigen. Dabei handelt es sich um Komplikationen, die durch die Veränderung von Körpereiweiß durch langfristig erhöhten Blutzucker vor allem im Bindegewebe entstehen. Mögliche Langzeitfolgen sind Organschädigungen durch Schädigungen der kleinen Blutgefäße (Mikroangiopathie), die zu Durchblutungsstörungen führen. Betroffen sind insbesondere Herz (Herzinfarkt), zentrales und peripheres Nervensystem (Schlaganfall, kognitive Beeinträchtigungen (Ohmann, Popow, Rami, König, Blaas, Fliri & Schober), diabetische Neuropathie), Netzhaut des Auges (diabetische Retinopathie) und Nieren (Mikroalbuminurie oder diabetische Nephropathie).

Primäres Ziel der *Insulinsatztherapie* ist eine möglichst optimale Stoffwechseleinstellung mit einem *HbA<sub>1c</sub> unter 7%*. Das HbA<sub>1c</sub> (Prozentanteil des glykosylierten, untrennbar mit Glukose vernetzten Hämoglobin) ist ein Maß für die durchschnittliche Blutzuckerkonzentration der vergangenen 4–12 Wochen und kann mit einer einfachen Blutabnahme bestimmt werden. Je besser der BZ eingestellt ist, desto geringer ist das Risiko für diabetische Langzeitkomplikationen. Das *Screening* hinsichtlich diabetischer Langzeitfolgen sollte regelmäßig durchgeführt werden und bereits im Kindes- und Jugendalter beginnen.

Diabetes mellitus ist in Österreich die häufigste Ursache für eine Nierenersatztherapie (Dialyse). Die Ursache sind Gefäßveränderungen, die zu Schädigungen der Nierenzellen führen und langfristig die Nierenfunktion beeinträchtigen (Boukal, 2007).

Aufklärung und Prävention im Rahmen regelmäßiger ärztlicher Kontrollen und diszipliniertes Selbstmanagement helfen, die genannten Behandlungsziele zu erreichen und das Auftreten von Langzeitschäden zu verzögern oder gar zu verhindern (Alogna, 1984; Padgett, Mumford, Hynes & Carter, 1988).

Mit geeigneter Diabetesschulung können folgende Ziele erreicht werden:

- Verbesserung des Wissens über den Diabetes,
- verbesserte Compliance (Therapietreue),
- verbesserte Stoffwechseleinstellung,
- Verringerung der Anzahl lebensbedrohlicher Ketoazidosen und Hypoglykämien,
- Reduktion von diabetischen Folgeschäden und damit Erhöhung der Lebenserwartung,
- verbesserte Krankheitsakzeptanz,
- höhere Lebensqualität und
- Kostenersparnis.

In einer Metaanalyse über 93 kontrollierte Studien mit insgesamt 7451 PatientInnen konnten die oben erwähnten Ergebnisse von Padgett et al. (1988) eindrucksvoll bestätigt werden.

Neuere Metaanalysen bestätigen ähnliche Ergebnisse (Brown, 1992; Ellis et al., 2004; Roter, Hall, Merisca, Nordstrom, Cretin & Svarstad, 1998).

DM Typ I bei Kindern und Jugendlichen belastet als chronische Erkrankung die ganze Familie und betrifft viele Lebensbereiche. Ernährungsvorgaben, Insulingaben und Blutzuckerkontrollen beeinträchtigen die spontane Alltagsgestaltung und fordern vermehrte Aufmerksamkeit und Verfügbarkeit der Eltern. Dies führt häufig zu Konflikten zwischen Kontrolle und Autonomiebedürfnis und -förderung. Bei Kleinkindern erschwert der wechselhafte Appetit die Einhaltung der Ernährungsvorgaben. Je jünger das erkrankte Kind, desto größer auch die Angst der Eltern vor einer schweren Hypoglykämie. KindergärtnerInnen und LehrerInnen fühlen sich oft mit dem Diabetesmanagement überfordert. In der Pubertät ist die Übernahme des Diabetesmanagements durch die Jugendlichen häufig konfliktbelastet (Carroll & Marrero, 2006). Hyper- und Hypoglykämien sind oft mit Sorgen über die gesundheitliche Zukunft des Kindes verbunden. Viele Eltern leiden unter irrationalen (Mit-)Schuldgefühlen. Die individuellen Lebenspläne der Eltern erscheinen manchmal gefährdet. Die Beziehung zu den behandelnden ÄrztInnen birgt Konfliktpotential, da die Mutter als Vermittlerin zwischen den Anforderungen der medizinischen BetreuerInnen und den Bedürfnissen des Kindes steht (Roth, 2002).

### 1.1. e-Health für Menschen mit chronischer Erkrankung

Elektronische Gesundheitsdienste können für Menschen mit chronischen Erkrankungen und deren BehandlerInnen eine besondere Erleichterung im Umgang mit der chronischen Krankheit darstellen. e-Health-Anwendungen sind computergestützte Informations- bzw. Schulungsprogramme, deren Ziel es ist, Informationen zum selbstbestimmten Umgang mit der Krankheit anzubieten. Oftmals gibt es im Rahmen solcher Dienste auch interaktive Bestandteile (z.B. Kommunikation mit dem behandelnden Ärzteteam, Transfer der Gesundheitsdaten, Feedback). Die elektronische Unterstützung kann für Menschen mit chronischer Krankheit besonders wertvoll sein, da sich Informationsbedürfnisse oft erst im Alltag zeigen und im Laufe der Erkrankung verändern.

Eine systematische Rezension (Murray, Burns, See Tai, Lai & Nazareth, 2004) der wissenschaftlichen Arbeiten auf diesem Gebiet zeigt, dass elektronische Dienste mit interaktivem Charakter für Patienten mit chronischer Krankheit eine Erhöhung der Kenntnisse über die Krankheit bewirken und soziale Unterstützung bieten.

Strecher, McEvoy DeVellis und Rosenstock (1986) meinen, dass die Vorhersage von Veränderungen hinsichtlich Gesundheitsbewusstsein und Aufrechterhaltung von Gesundheit eng mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit verknüpft ist

Bandura (1997) definiert *Selbstwirksamkeit* (self-efficacy) als die Überzeugung eines Menschen, über die inneren Voraussetzungen zur Erreichung eines Ziels zu verfügen.

Bei DM müssen die Betroffenen in erster Linie ein Gleichgewicht zwischen konsumierten Kohlenhydraten, Insulin, Blutzuckerwerten und Bewegung herstellen.

Das Ausmaß des *Selbstmanagements* eines Menschen, die Wahrnehmung der Fähigkeiten, die erforderlichen Tätigkeiten durchzuführen oder entsprechende Unterstützung dabei einzufordern, liegt in der *Eigenverantwortung der Betroffenen*. Die Einschätzung bzw. Bewertung der eigenen Selbstwirksamkeit beeinflussen Motivation, Engagement und Ausmaß des Selbstmanagements. Die erwähnten Faktoren beeinflussen daher auch die Kontrolle des DM maßgeblich.

Informationsmängel und Schwierigkeiten, adäquate Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen und ungenügende Unterstützung von ärztlicher Seite können das Vertrauen der Betroffenen in ihre Selbstmanagement-Fähigkeiten verringern. Schon die Präsenz eines dieser Faktoren kann zu Missdeutungen hinsichtlich der Selbstwirksamkeit führen und dadurch das Selbstmanagement negativ beeinflussen. Viele Menschen mit DM sind außer Stande, in schwierigen Situationen kompetent zu handeln oder sich die notwendigen Kompetenzen anzueignen, trotz ihres Wunsches, die Krankheit kontrollieren zu können. Nach Po (2000) bietet e-Health eine Strategie an, diese Barrieren zu überwinden. e-Health kann als eine Methode angesehen werden, bei der die Selbstwirksamkeit gestärkt und die Kontrolle der PatientInnen über die eigene Gesundheitsfürsorge verbessert werden kann.

e-Health kann bei Menschen mit DM das Gefühl der Kontrolle über die Erkrankung erhöhen (e-Health-Dienst), das Vertrauen in ihre Selbstmanagement-Fähigkeiten vergrößern, individuelle themenzentrierte Schulungen bieten, Verhaltensänderungen in Bezug auf das Diabetesmanagement bewirken (Telefonmonitoring und -counseling) und die Koordination und Kontinuität von diabetesbezogenen Verhaltensweisen verbessern (Krishna, Balas, Spence, Griffin & Boren, 1997).

e-Health erleichtert eventuell auch die Zusammenarbeit von multidisziplinären Teams. Der Einsatz von e-Health-Diensten ist bei Menschen mit DM im Sinne des Selbstmanagementansatzes besonders nützlich, da sie mehr Selbstbestimmung in der Handhabung der Erkrankung zulassen. Das zunehmende Vertrauen von PatientInnen in e-health erleichtert die direkte Kontaktaufnahme zwischen dem multidisziplinären Team und den PatientInnen bzw. die Kommunikation. Verbesserungen der Kommunikation zwischen PatientInnen und BehandlerInnen können mehrere Vorteile haben.

Traditionellerweise umfasst die ärztliche Behandlung regelmäßige ambulante Besuche im Krankenhaus oder in einer Spezialklinik. Diese Kontakte sind für PatientInnen und BetreuerInnen zeitintensiv (Anreise, Wartezeit, Untersuchung, Kommunikation, Heimweg). Der e-Health-Einsatz in diesem Bereich kann einen Teil der medizinischen Behandlung ersetzen bzw. ergänzen (Popow, Horn, Rami & Schober, 2003).

Die Verwendung von Computertechnologie zur PatientInnenschulung hat sich im Bereich der chronischen Krankheit DM schon etabliert. Vorteile dieser neuen Methode sind die persönliche Instruktion, selbst gesteuertes Lernen und die Möglichkeit, auch Personen mit Leseschwierigkeiten zu erreichen. e-Health hilft den Menschen beim Erwerb weiterer Sachkenntnisse, ermutigt sie, sich für ihre Gesundheit verantwortlicher zu fühlen und erleichtert zudem die frühe Erkennung von Problemen und Komplikationen. PatientInnen können durch den Einsatz von elektronischen Diensten besser therapiert werden. Des Weiteren können Empfehlungen in Bezug auf das weitere Vorgehen gegeben werden.

Mehrere Studien (Gomez, del Pozo & Hernando, 1996; Piette & Mah, 1997; Turnin et al., 1992) fanden, dass die computergestützte Schulung von diabetischen Patienten (z.B. CD-ROMs) zu einer signifikanten Verbesserung ihres HbA<sub>1c</sub>-Wertes (Langzeitwert der Blutzuckereinstellung) geführt hat.

## 2. Elektronisches Schulungsprogramm für Kinder und Jugendliche mit T1DM

Eine psychologisch fundierte Schulung ist ein längerfristiger Prozess, der die Motive, den Kenntnisstand und die Ziele der Kinder und Jugendlichen einbezieht und sich soweit wie möglich davon leiten lässt (Schmidt, 1984; Zentrum Patientenschulung, 2006). Schwerpunkte jeder Schulung sind Förderung der *Entscheidungsfähigkeit* (Empowerment) und Verbesserung der *Krankheitsbewältigung* (Coping).

Die deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) (DDG Leitlinien Psychosoziales, 2007) formuliert als Ziel jeder Schulung die Förderung der Selbstmanagement-Fähigkeiten von Kindern und Jugendlichen sowie deren Eltern.

Eine *altersgerecht strukturierte Diabetesschulung* von Kindern und Eltern am Beginn und bei älteren Kindern und Jugendlichen im Verlauf der Erkrankung bietet die theoretische Grundlage für eine effiziente tägliche Umsetzung der Therapieziele. Die Diabetestherapie beinhaltet das selbständige Messen und Interpretieren der Blutzuckerwerte und die darauf basierende Verabreichung von Insulin. Im Weiteren ist eine gute Kenntnis und Umsetzung der Berechnung des Kohlenhydratanteils in der Nahrung notwendig. All dies muss von PatientInnen und Eltern täglich durchgeführt werden. Das Ziel der beschriebenen Diabetestherapie ist die optimale metabolische Kontrolle ( $\text{HbA}_{1c} < 7\%$ ) und die Vermeidung von Akutkomplikationen (schwere Hypo- bzw. Hyperglykämie und diabetische Ketoazidose) sowie von Langzeitkomplikationen (z.B. diabetische Retinopathie, Nephropathie, Neuropathie usw.).

Viele Kinder und Jugendliche haben Schwierigkeiten, eine optimale Stoffwechselkontrolle zu erreichen und aufrechtzuerhalten. Stallwood (2006) untersuchte den Zusammenhang zwischen Diabeteswissen und glykämischer Kontrolle von Kindern mit T1DM. Sie fand heraus, dass höheres Diabeteswissen mit niedrigeren  $\text{HbA}_{1c}$ -Werten zusammenhängt. Ebenso hängt höheres Diabeteswissen der Eltern mit niedrigeren  $\text{HbA}_{1c}$ -Werten der Kinder zusammen. Metaanalysen (Padgett et al., 1988; Brown, 1990) konnten zeigen, dass PatientInnenschulungsprogramme zu besserem Diabeteswissen und besserer metabolischer Kontrolle führen. Dies konnte von anderen Autoren nicht bestätigt werden (Beggan, Cregan & Drury, 1982; Coates & Boore, 1996; Dunn, Beeney, Hoskins & Turtle, 1990; Germer, Campbell, Smith, Sutherland & Jones, 1986; Heisler & Piette, 2005).

Die ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) hat im Zuge der Erstellung der Richtlinien für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes auch eine Richtlinie für Diabetesschulungsprogramme erstellt. Schulung und strukturiertes Selbstmanagement sind im Sinne der ISPAD die Schlüssel zur erfolgreichen Diabetesbehandlung (Swift, 2007).

#### 2.1. Vienna Online Diabetes Education (VIE-ODE)

„Vienna Online Diabetes Education“ (VIE-ODE) ist ein elektronisches Diabetesschulungsprogramm für Kinder und Jugendliche. Das Programm wurde in Kooperation mit Schülern der HTL-Pinkafeld (Softwareentwicklung) entwickelt. Die Entwicklung der Software war ein dynamischer Prozess, dessen Spannweite von der Materialsammlung bis hin zum tatsächlichen Screendesign reichte. Die Software wird derzeit an der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde des AKH Wien im Rahmen einer prospektiven Studie hinsichtlich Stoffwechselkontrolle ( $\text{HbA}_{1c}$ ) und psychosozialer Faktoren (z.B. Diabeteswissen, Copingstrategien, Kontrollüberzeugungen, Lebensqualität und Zufriedenheit mit dem Schulungsprogramm) untersucht.

Danach wird VIE-ODE allen Interessierten unter [www.VIE-ODE.info](http://www.VIE-ODE.info) kostenfrei zur Verfügung stehen. Vorteile der elektronischen Schulung via VIE-ODE sind der Spaß am Umgang mit dem Lernmaterial, Abwechslungsreichtum, Wahlmöglichkeiten im Lernsystem, begleitendes Feedback durch eine wahlweise männliche oder weibliche Identifikationsfigur (Agent) und selbst gesteuerte Lernprozesse. Der bedeutendste Unterschied im Vergleich zur herkömmlichen Schulung ist die Möglichkeit, Kinder und Jugendliche anzuregen, ihr Selbstmanagement zu verbessern.

## 2.2. Aufbau der Schulung

Kinder und Jugendliche lernen mittels der Schulungssoftware selbst bestimmt, in ihrem eigenen Tempo, sechs wichtige Themengebiete ihrer Erkrankung kennen. Die Aufgaben zu den einzelnen Themengebieten sind in drei Schwierigkeitsstufen unterteilt.

Das didaktisch strukturierte Konzept der Schulungssoftware ermöglicht einen logischen Aufbau und die Verknüpfung der einzelnen Themen.

„VIE-ODE“ enthält 7 Räume: Vorraum, Spielzimmer, Arbeitszimmer, Küche, Wohnzimmer, Badezimmer und Garten. Jeder Raum ist entsprechend seiner Funktion in der realen Welt ausgestattet und einem bestimmten Diabetes-Schulungskapitel zugeordnet. Die Gegenstände in den Räumen sind mit *Lernfolien*, *Spiele* oder *Quizfragen* zu den Schulungskapiteln verknüpft. Nicht alle Folien, Spiele und Quizfragen sind über die Gegenstände in den Räumen von Beginn an abrufbar. Die Folien, Spiele und Quizfragen sind in drei Schwierigkeitsstufen unterteilt, und am Beginn stehen nur Schulungseinheiten der ersten Schwierigkeitsstufe zur Verfügung. Erst wenn diese Schulungseinheiten von den Jugendlichen erfolgreich absolviert (> 50 % richtige Antworten bei den Quizfragen) und diese Daten via Internetverbindung an den Server geschickt wurden, werden schwierigere Schulungseinheiten (Stufe 2 und 3) freigegeben und über die Gegenstände in den Räumen abrufbar.

Mittels Folien, Spielen und Quizfragen werden die Lerninhalte interessant und verständlich präsentiert. Dazu gehören faktisches Wissen über die Erkrankung T1DM und ihre Grundlagen sowie Akutkomplikationen und Ernährung. Darüber hinaus werden praktische Übungen wie beispielsweise „Insulinanpassung“ oder „Injektionsübungen“ angeboten.

Die Zuordnung der Räume zu den jeweiligen Schulungsinhalten ist folgendermaßen strukturiert:

- Vorraum: Beginn jeder Übungseinheit, Navigationsraum
- Spielzimmer: Grundlagen des DM
- Arbeitszimmer: Hypo- und Hyperglykämie
- Küche: Ernährung
- Wohnzimmer: Folgeerkrankungen

- Badezimmer: Insulinanpassung
- Garten: Bewegung

Alle Schulungsinhalte sind in Abstimmung und Übereinstimmung mit kommerziell erwerbbaaren, professionellen sowie „State of the Art“-konformen Schulungsunterlagen entstanden (Hanas, 2004; Hürter et al., 1989; Hürter & Lange, 2004; Hürter & Travis, 2000; Lange et al., 1995).

Mit „VIE-ODE“ wird das Basiswissen aufgebaut oder aufgefrischt, wobei die Kinder und Jugendlichen auf spielerische Weise selbstbestimmt lernen können.

### 3. Überprüfung von „VIE-ODE“

Die Überprüfung des Programms findet im Rahmen einer randomisierten und kontrollierten, monozentrischen Studie (RCT) statt. Mittels verschlossenen Kuverts werden die StudienteilnehmerInnen randomisiert und entweder der Gruppe mit Online-Schulung („VIE-ODE“) oder der Gruppe mit herkömmlichen Schulungsunterlagen (Mappe) zugeteilt. Die Studiendauer beträgt 4 Monate. Es werden diabetesbezogene somatische und psychologische Messungen durchgeführt und verglichen. Die herkömmlichen Schulungsunterlagen (Mappe) entstammen dem standardisierten Schulungsprogramm für Jugendliche von Lange (1995).

Aktuell werden alle PatientInnen mit T1DM im Alter zwischen 12 und 19 Jahren und einer Diabetesdauer von mehr als einem Jahr, die in der Diabetesambulanz der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde im AKH Wien betreut werden, zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Es werden Fragebögen von den Eltern (Vater oder Mutter) und einige von den Jugendlichen selbst ausgefüllt. Folgende Messinstrumente zur Untersuchung der *Lebensqualität*, von *Copingstrategien*, *Kontrollüberzeugungen* und *Diabeteswissen* werden verwendet: Child Behavior Checklist (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998), Youth Self Report, (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998), der IPC-Diabetes Fragebogen (Kohlmann, Küstner, Schuler, Tausch, 1994), der KIDCOPE, (Rathner, Zangerle, 1996), der Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Ravens-Sieberer, Bullinger, 2000, 2001), der Fragebogen zur familienbezogenen Lebensqualität (Tröster, 2005), der Fragebogen zur elterlichen Krankheitsbewältigung (McCubbin, McCubbin, Cauble, Goldbeck, 2001) und der Diabeteswissenstest (Harb, 2006).

Hauptzielgrößen sind die Veränderung des *Diabeteswissens* und des *HbA1c* im Zeitraum der Studie. Zusätzlich werden Daten in die Berechnungen integriert, welche routinemäßig in der Diabetesambulanz erfasst werden (BMI, Anzahl und Auftreten von Akutkomplikationen).



Es gibt Schulungsprogramme für Jugendliche mit T1DM (Gebhardt, 2007; Pelikan Technologies, 2007), diese sind im deutschsprachigen Raum zwar verfügbar, aber wenig zielgruppenorientiert, unzeitgemäß oder nicht wissenschaftlich evaluiert. Das neu entwickelte Programm, „VIE-ODE“, eignet sich sowohl zur Ersts Schulung am Beginn der Erkrankung als auch zur Wiederholungsschulung von Kindern und Jugendlichen mit T1DM. „VIE-ODE“ ist als Unterstützung von DiabetologInnen und DiabetesberaterInnen im Rahmen der Schulung von Kindern und Jugendlichen mit T1DM gedacht und hat zum Ziel, langfristig den eigenverantwortlichen Umgang mit DM zu fördern.

### 3.1. Erwartete Effekte

Der Erfolg von „VIE-ODE“ ist dann gesichert, wenn im Rahmen der Untersuchung bei einem Großteil der Kinder und Jugendlichen ein Wissenszuwachs, eine Verbesserung des HbA<sub>1c</sub>-Wertes, eine Abnahme der Zahl schwerer Hypoglykämien, eine Reduktion von Entgleisungen sowie eine Verringerung der Glukoseschwankungen beobachtbar und messbar sind. Diese erwarteten Effekte würden eine deutliche Verbesserung der Selbstmanagement-Kompetenzen der Kinder und Jugendlichen belegen.

Im Herbst 2008 werden diese Daten aus der aktuellen Untersuchung vorliegen und auswert- und interpretierbar sein.

## 4. Literatur

- ALOGNA M. T. (1984). CDC diabetes control programs – overview of diabetes patient education. *Diabetes Educator*, 10, 32–37.
- ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST. (1998). *Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P., Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- ARBEITSGRUPPE DEUTSCHE CHILD BEHAVIOR CHECKLIST. (1998). *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 2. Auflage mit deutschen Normen, bearbeitet von Döpfner, M., Plück, J., Bölte, S., Melchers, P., Heim, K. Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- BANDURA A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: Freeman.
- BEGGAN M. P., CREGAN D. & DRURY M. I. (1982). Assessment of the outcome of an educational programme of diabetes self-care. *Diabetologia*, 23, 246–51.
- BLACK C., CUMMINS E., ROYLE P., PHILIP S. & WAUGH N. (2007). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of inhaled insulin in diabetes mellitus: a systematic review and economic evaluation. *Health Technology Assessment*, 33, 1–61.



- BOUKAL C. (2007). *Wenn der Blutzucker die Niere schädigt – Dialyse*. OÖGKK-Forum Gesundheit. Online verfügbar: [http://www.forumgesundheit.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=226&p\\_menuid=63348&pub\\_id=121264&p\\_id=1](http://www.forumgesundheit.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=226&p_menuid=63348&pub_id=121264&p_id=1) [15.04.2007]
- BROWN S. A. (1990). Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: a metaanalysis revisited. *Patient Education and Counseling*, 16, 189–215.
- BROWN S. A. (1992). Meta-analysis of diabetes patient education research: variations in intervention effects across studies. *Research in Nursing and Health*, 15, 409–19.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT UND FRAUEN (BMFG). (2004). *Elektronische Gesundheitsdienste – eine bessere Gesundheitsfürsorge für Europas Bürger: Aktionsplan für einen europäischen Raum der elektronischen Gesundheitsdienste E-Health – Mitteilung der europäischen Kommission*. Online verfügbar: <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CHo414&doc=CMS1085493102352> [23.09.2005]
- CARROLL A. E. & MARRERO D. G. (2006). The Role of Significant Others in Adolescent Diabetes: A Qualitative Study. *The Diabetes Educator*, 32, 243–252.
- COATES V. E. & BOORE J. R. (1996). Knowledge and diabetes self-management. *Patient Education and Counseling*, 29, 99–108.
- DANNE T. & BECKER D. (2007). Paediatric diabetes: achieving practical, effective insulin therapy in type 1 and type 2 diabetes. *Acta Paediatrica*, 96, 1560–1570.
- DEUTSCHE DIABETES GESELLSCHAFT. (2007). *Psychosoziale Leitlinien*. Online verfügbar: [http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/PL\\_DD2007\\_Psychosoziales](http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/redaktion/mitteilungen/leitlinien/PL_DD2007_Psychosoziales) [05.04.2007]
- DUNN S. M., BEENEY L. J., HOSKINS P. L. & TURTLE J. R. (1990). Knowledge and attitude change as predictors of metabolic improvement in diabetes education. *Social Science and Medicine*, 31, 1135–41.
- ELLIS S. E., SPEROFF T., DITTUS R. S., BROWN A., PICHERT J. W. & ELASY T. A. (2004). Diabetes patient education: a meta-analysis and meta-regression. *Patient Education and Counseling*, 52, 97–105.
- GEBHARDT T. (2007). Wissensquiz-Diabetesinfo für Fortgeschrittene. Online verfügbar: <http://www.diabetesinfo.de/quiz/index.php> [13.08.2007]
- GERMER S., CAMPBELL I. W., SMITH A. W., SUTHERLAND J. D. & JONES I. G. (1986). Do diabetics remember all they have been taught? A survey of knowledge of insulin-dependent diabetics. *Diabetes Medicine*, 3, 343–5.
- GIRACH A., MANNER D. & PORTA M. (2006). Diabetic microvascular complications: can patients at risk be identified? A review. *International Journal of Clinical Practice*, 11, 1471–1483.
- GOMEZ E. J., DEL POZO F. & HERNANDO M. E. (1996). Telemedicine for diabetes care: the DIABETel approach towards diabetes telecare. *Medical Informatics*, 21, 283–295.
- HALLER M. J., ATKINSON M. A. & SCHATZ D. (2005). Type 1 diabetes mellitus: etiology, presentation, and management. *Pediatric Clinics of North America*, 52, 1553–1578.
- HANAS R. (2004). *Type I Diabetes in children, adolescents and young adults*. London: Class Publishing.
- HARB B. M. (2006). *Diabetes-Wissens-Test (DWT: Insulin). DWT:T1 und DWT:T2*. Unveröffentlichte Dissertation, Karl-Franzens-Universität: Graz.
- HEISLER M. & PIETTE J. D. (2005). “I help you, and you help me”: facilitated telephone peer support among patients with diabetes. *Diabetes Education*, 31, 869–879.

- HÜRTER P., JASTRAM H., REGLING B., TOELLER M., WEBER B., BURGER W., HALLER R. & LANGE K. (1989). *Diabetes-Schulungsprogramm für Kinder*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag für Kinder GmbH, in Lizenz der Boehringer Mannheim GmbH: Mannheim.
- HÜRTER P. & LANGE K. (2004). *Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Medizinischer und psychologischer Ratgeber für Eltern*. Berlin: Springer.
- HÜRTER P. & TRAVIS L. (2000). *Einführungskurs für Typ-1-Diabetiker*. Neunte, aktualisierte Auflage, Lautertal: Gerhards.
- KOHLMANN C., KUESTNER E., SCHULER M. & TAUSCH A. (1994). *Der IPC-Diabetes Fragebogen*. Bern:Verlag Hans Huber.
- KRISHNA S., BALAS E. A., SPENCE D. C., GRIFFIN J. Z. & BOREN S. A. (1997). Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice. *Journal of Family Practice*, 45, 25–33.
- LANGE K., HALLER R., BURGER W., HÜRTER P., SCHMIDT H. & HEINZE E. (1995). *Jugendliche mit Diabetes – ein Schulungsprogramm*. Boehringer Mannheim GmbH. Mainz: Kirchheim Verlag
- MCCUBBIN H., MCCUBBIN M., CAUBLE E., GOLDBECK L. (2001). Fragebogen zur elterlichen Krankheitsbewältigung: Coping Health Inventory for Parents (CHIP) – Deutsche Version. *Kindheit und Entwicklung*, 10, 28–35.
- MURRAY E., BURNS J., SEE TAI S., LAI R. & NAZARETH I. (2004). Interactive health communication applications for people with chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD004274. DOI: 10.1002/14651858.CD004274.pub4*
- OHMANN S., POPOW C., RAMI B., KÖNIG M., BLAAS S., FLIRI C. & SCHOBER E. (submitted). Neuro-cognitive functions and glycemic control in children and adolescents with type 1 diabetes. *Diabetologia*
- PADGETT D., MUMFORD E., HYNES M. & CARTER R. (1988). Metaanalysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 41, 1007–1030.
- PELIKAN TECHNOLOGIES GMBH & CO. KG, AG MÜNSTER, HRA 4571. (2007). *Pelikan Island: für Kinder mit Diabetes*. Online verfügbar: <http://www.pelikanisland.de/> [04.02.2007]
- PIETTE J. & MAH C. A. (1997). The feasibility of autonomed voice messaging as adjunct to diabetes outpatient care. *Diabetes Care*, 20, 15–21.
- PO Y. M. (2000). Telemedicine to improve patients' self-efficacy in managing diabetes. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 6, 263–267.
- POPOW C., HORN, W., RAMI B. & SCHOBER E. (2003). VIE-DIAB: a Support Program for Telemedical Glycaemic Control. In: Dojat M., et al. (eds.): *Artificial Intelligence in Medicine in Europe* (S 350–354), Springer: Berlin.
- RAMI B., SCHOBER E. & WALDHOER T. (2001). Incidence of Type 1 diabetes mellitus in children and young adults in the province of Upper Austria, 1994–1996. *Diabetologia*, 44, 45–47.
- RATHNER G. & ZANGERLE M. (1996). Copingstrategien bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus: Die deutschsprachige Version des KIDCOPE. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 44, 49–74.
- RAVENS-SIEBERER U. & BULLINGER M. (2000). KINDL-R. *Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Online verfügbar: <http://www.kindl.org/fragebogen.html> [19.01.2008]

- RAVENS-SIEBERER U. & BULLINGER M. (2001). *KID KINDL-R. Diabetesmodul zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen*. Online verfügbar: <http://www.kindl.org/fragebogen.html> [19.01.2008]
- ROTER D. L., HALL J. A., MERISCA R., NORDSTROM B., CRETIN, D. & SVARSTAD B. (1998). Effectiveness of interventions to improve patient compliance: a meta-analysis. *Medical Care*, 36, 1138–1161.
- ROTH R. (2002). Kinder mit Diabetes: die ganze Familie ist betroffen. In: Lange K. & Hirsch A. (Hrsg.), *Psycho-Diabetologie* (S. 92–111). Mainz: Kirchheim.
- SCHMIDT L. R. (1984). *Psychologie in der Medizin*. Stuttgart: Thieme.
- STALLWOOD L. (2006). Relationship between Caregiver Knowledge and Socioeconomic Factors on Glycemic Outcomes of Young Children With Diabetes. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 11, 158–156.
- STRECHER V. J., MCEVOY DEVELLIS B. & ROSENSTOCK I. M. (1986). The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly*, 13, 73–91.
- SWIFT P. (2007). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2006–2007. Diabetes Education. *Pediatric Diabetes*, 8, 103–109.
- TRÖSTER H. (2005). Entwicklung eines Fragebogens zur familienbezogenen Lebensqualität (FLQ) für Mütter mit chronisch kranken Kindern Familie. *Kindheit und Entwicklung*, 14, 69–78.
- TURNIN M. C., BEDDOCK R. H., CLOTTES J. P. et al. (1992). Telematic expert system Diabeto. New tool for diet self-monitoring for diabetic patients. *Diabetes Care*, 15, 204–212.
- WALDHOER T., SCHÖBER E. & RAMI B. (2003). Regional distribution of risk for childhood diabetes in Austria and possible association with body mass index. *European Journal of Pediatrics*, 162, 380–384.
- WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO). (2005). *The European health report 2005*. Online verfügbar: <http://www.euro.who.int/ehr2005> [22.05.2006]
- ZENTRUM PATIENTENSCHULUNG. (2006). *Indikationsübergreifende Beschreibungs- und Bewertungskriterien für Patientenschulungen- Ergebnisse des Delphi-Verfahrens*. Online verfügbar: [www.zentrum-patientenschulung.de](http://www.zentrum-patientenschulung.de) [09.02.2007]

# AnbieterInnen, Angebote und Kennzeichen von Online-Interventionen

Birgit U. Stetina, Anastasia Sofianopoulou und Ilse Kryspin-Exner\*

*„Trauer, Verlust, Angst: Wenn solche Gefühle die Seele quälen, braucht man Hilfe. Doch nicht jeder traut sich, zur Seelsorge oder zu einer Beratungsstelle zu gehen. Internetlebenshilfe will diese Menschen aus der Isolation holen. Die Leute können jederzeit die Trauer rausschreiben.“*  
(<http://www.spiegel.de>)

## 1. Einleitung

Jeder Mensch wird in bestimmten Lebensphasen mit negativen Gefühlen konfrontiert: beispielsweise durch Krankheiten, Todesfälle oder aber einfach nur durch Ängste vor täglichen Herausforderungen, durch stressige Situationen bei der Arbeit oder in der Familie, sowie durch gesundheitliche Probleme und psychische Schwierigkeiten beziehungsweise Störungen. Neben der Aussprache mit vertrauten Personen und deren Ratschlägen kann die Unterstützung durch ExpertInnen eine Erleichterung darstellen. Bei vielen Menschen bestehen nach wie vor Hemmungen, sich in einer schwierigen Lage an ProfessionistInnen zu wenden. Dafür kann es viele und auch ganz unterschiedliche Gründe geben, wie beispielsweise negative Erfahrungen; Angst vor den Reaktionen der Mitmenschen, oder die Angst sich jemand Fremden anzuvertrauen. Personen mit Hemmungen, derartigen Schwellenängsten oder jenen, die einfach Distanz bewahren wollen, bietet heutzutage das Internet eine Vielfalt von Informationen und Alternativen zu den üblichen Interventionsformen. Es ermöglicht den Ratsuchenden Zugang zu Informationen und alternativen Ansätzen. Ziel der Online-Interventionen soll unter anderem die Förderung der allgemeinen Gesundheit, der Lebensqualität und des Wohlbefindens sein. Im Rahmen dieses Artikels werden die Interventionsalternativen, die das In-

\* Korrespondenzadresse: Birgit U. Stetina, Lehr- und Forschungspraxis, Liebiggasse 5, linke Stiege, 3. Stock, A-1010 Wien, Österreich, E-Mail: [birgit.stetina@univie.ac.at](mailto:birgit.stetina@univie.ac.at)

ternet bietet, dargestellt. Die Kennzeichen sowie die Vor- und Nachteile von Online-Interventionen werden diskutiert.

Die Online-Angebote aus dem Sektor seelische Gesundheit werden international als „e-therapy“, „online counseling“, „e-mail therapy“, „internet-based therapy“ usw. bezeichnet. Diese Dienstleistungen können entweder das typische „Offline“ Therapieverfahren begleiten oder selbstständig durchgeführt werden (Wells et al., 2007). Ott (2003) bezeichnet jegliche Form klinisch-psychologischer Intervention und Psychotherapie im Internet gemeinsam als „internetbasierte Intervention (IBI)“, da Begriffe wie „online therapy“, Cybertherapie oder „e-therapy“ seiner Meinung nach wesentliche Aspekte klinisch-psychologischer Intervention vernachlässigen.

Die Frage, ob es sich bei Online-Therapie tatsächlich um psychologische Behandlung beziehungsweise Psychotherapie handelt, wird widersprüchlich diskutiert. Einerseits existieren Modelle (z.B. Suler, 2005) und Definitionen, die Online-Therapie als neue Form der Psychotherapie postulieren (Grohol, 2001). Andererseits wird betont, dass keinesfalls von Psychotherapie, sondern eher von „therapeutischer Hilfe“ gesprochen werden sollte, da die Interaktionen via Internet nicht mit einer Face-To-Face Psychotherapie vergleichbar sind (Ainsworth, 2001; Grohol, 1999; Holmes, 2002).

Sowohl im Bereich der psychischen als auch der physischen Gesundheit stellt das Internet – zumindest nach der subjektiven Einstellung der meisten InternetnutzerInnen –, eine gern genutzte, zeit- und kostengünstige Alternative für immer mehr Personen dar. Diese Informationsvermittlung beziehungsweise dieser -austausch durch das Internet wird im englischsprachigen Raum unter dem Begriff „eHealth“ zusammengefasst (siehe dazu auch den Beitrag von Stetina und Kryspin-Exner in diesem Buch). In diesen Begriff werden sowohl patientenbezogene medizinische Interventionen als auch Interventionen für die Gesundheitsförderung der allgemeinen Bevölkerung einbezogen, welche auf Distanz geleistet werden. Das Internet ermöglicht eine zeitlich und geografisch unabhängige sowie rasend schnelle Kommunikation. Die neuen Medien, wie zum Beispiel das Internet, die Mobiltelefonie und die virtuelle Realität, erleichtern und ermöglichen den Austausch von gesundheitsbezogenen Informationen. Zu den Vorteilen von „eHealth“ zählen beispielsweise die Zugangsmöglichkeiten für isolierte Menschen oder Personen, die aufgrund sozialer, körperlicher oder anderer Schwierigkeiten keinen Zugang zu den konventionellen Gesundheitsdienstleistungen haben oder haben wollen. Einen weiteren Vorteil stellen die Möglichkeiten des Informations- und Datenaustausches dar, aber auch kostengünstigere Interventionen in spezifischen Gesundheitsbereichen, wie unter anderem in der Gesundheitsfürsorge zu Hause oder stationär, in der Psychiatrie und auch in der Radiologie (z.B. elektronische PatientInnen-Akte) (Riva, 2000).

Riva (2000) führt drei Bereiche an, in denen sich die „eHealth“ Interventionen effektiver zeigten als die konventionellen Interventionsformen:

a) Für KlientInnen ermöglicht das Internet im Rahmen der klinischen Fürsorge medizinische Beratung und Diagnose. Beispielsweise erhält der Patient durch eine Videokonferenz Zugang zu hochqualifizierten ProfessionistInnen, ohne den Faktor geografischer Proximität beachten zu müssen. Zusätzlich zählt diese Interventionsform zu den preiswertesten. Die Patientenberatung und -edukation findet häufig durch einen E-Mail-Wechsel statt. Die niedrigen Kosten dieser Methode, die steigende Effektivität, sowie die Möglichkeit zur Erledigung von Routinegesprächen und Patientenedukation führen dazu, dass E-Mail Kontakt verstärkt im Rahmen gesundheitsbezogener Betreuung angewendet wird. Durch das Internet können diagnostische Verfahren kostengünstig und schnell durchgeführt und effektiv weitergeleitet werden. Medizinische Abbildungen und Befunde können via Internet an ExpertInnen verschickt werden („medical imaging“). Durch die Möglichkeit von schnellem Informationsaustausch und Videoübertragung kann die Planung und Durchführung von chirurgischen und neurochirurgischen Prozessen erleichtert werden.

b) Den ProfessionistInnen bietet das Internet verstärkt die Möglichkeit zu Gesundheits-(Weiter)Bildung. Des Weiteren erlaubt das Internet die Vermittlung und den Austausch von gesundheits- und medizinspezifischem Wissen und fördert die internationale Zusammenarbeit im Rahmen von Kongressen oder zwischen verschiedenen Kliniken.

c) Ansätze im Bereich der Schnittstelle „Public Health“ und WWW können ganz unterschiedlich ausfallen und beziehen sich zum Beispiel auf die Beobachtung des Gesundheitszustandes des Patienten zu Hause, die Schaffung von Instrumenten für das Selbst-Assessment von Gesundheitsrisikofaktoren sowie das Management von chronischen Krankheiten.

Neben diversen Interventionen stellt die häufigste gesundheitsbezogene Internetnutzung durch Rat und oder Hilfe suchende Personen die Informationssuche dar. Trotz zahlreicher positiver Elemente und Optionen dieser gesundheitsrelevanten Informationssuche im Internet müssen auch negative Aspekte der Online-Recherchen beachtet werden. Das Internet stellt mittlerweile die weltweit größte medizinische Bibliothek dar. Jeder, der Zugang zum Internet hat, hat gleichzeitig Zugang zu mehr als 100.000 gesundheitsbezogenen Websites (darunter offizielle Gesundheitsseiten von Organisationen und Berufsverbänden, wissenschaftliche Zeitschriften und weitere medizinische Texte und Artikel). Diese große Auswahl an Websites bedeutet aber nicht, dass alle elektronischen Seiten von guter Qualität sind beziehungsweise genaue und präzise Informationen vermitteln, wie es auch im Rahmen dieses Beitrages noch ausführlich diskutiert wird. Es wird geschätzt, dass 4,5 % der Summe aller Internetrecherchen gesundheitsbezogen sind. Darüber hinaus suchen 93 Millionen der Internetnutzer in den USA nach gesundheitsbezogenen Informationen, wobei sich täglich 6 Millionen auf die Suche nach Gesundheitsinformationen machen. 40 % aller KrebspatientInnen in den USA haben schon das Internet benutzt, um gesundheitsbezogene Informationen für sich zu

recherchieren, und weitere 15–20 % haben das Internet indirekt durch Freunde und Familie zur gesundheitsbezogenen Recherche genutzt (Morahan-Martin, 2004).

InternetnutzerInnen suchen nach krankheitsspezifischen Informationen, nachdem sie selbst oder eine Bezugsperson eine Krankheitsdiagnose erhalten haben, wenn ein neues Medikament zum Einsatz kommen soll, oder relevante krankheitsspezifische Fragen nicht mit der/dem MedizinerIn diskutiert wurden. Viele NutzerInnen surfen auch im Internet, um die Diagnose zu bestätigen oder um nach Alternativen zu suchen. Manche Internet-UserInnen besprechen die gesundheitsspezifische Information, die sie im Internet gefunden haben, auch mit ProfessionistInnen. Grund für die Nutzung des Internets nach einer Diagnose kann auch der Wunsch nach einer zweiten Meinung bezüglich Diagnose und Erkrankung sein. Weiters wird nach Informationen über Ernährung, Diät und Sport gesucht. Jugendliche und junge Erwachsene informieren sich meistens über Themen bezüglich Sexualität, psychischer Erkrankungen, Alkohol- oder Drogenkonsum sowie altersspezifischer Probleme und Schwierigkeiten (Morahan-Martin, 2004).

Die „American Medical Association“ hat deshalb im Jahre 2002 darauf hingewiesen, dass die Online-Gesundheitsinformationen die Erfahrung und die Interventionsansätze von ProfessionistInnen nicht ersetzen dürften („trust your physician, not a chat room“) (Fox & Raine, 2002). Es scheint sinnvoll, dass VertreterInnen der Gesundheitsberufe den Patienten bestimmte Websites zum Recherchieren vorschlagen und ihnen dabei helfen, effektive Techniken zur Informationsrecherche und -evaluation zu entwickeln. Zusätzlich sollten sie sich für die Schaffung und Förderung von einheitlichen Standards für die Websites für physische und seelische Gesundheit einsetzen (zum Beispiel Förderung des Bedarfs nach Gütesiegel) (Morahan-Martin, 2004).

Einschränkungen der positiven Effekte der Informationsgewinnung können auch mit mangelnden Recherchefertigkeiten von Seiten mancher InternetnutzerInnen zusammenhängen, die keine ausreichend spezifischen und/oder wissenschaftlichen Fachbegriffe als Stichworte für die Recherche eingeben, oft Tippfehler machen und/oder üblicherweise nur die ersten zwei Seiten der gesamten Ergebnisse recherchieren. Weiters kann es zu einer Überforderung der NutzerInnen wegen der Vielfalt an Informationen kommen. Wie bereits im einleitenden Beitrag des Buches angeführt, gibt es einen Mangel an gültigen, richtigen und präzisen Informationen; bis zu 70 % (!) der im Internet angebotenen Informationen sind von schlechter Qualität (Morahan-Martin, 2004).

## 2. Entwicklung von Angeboten und Zielgruppen

Innerhalb der letzten 10 Jahre stieg die Nutzung des Internets drastisch an. Weltweit werden sekundlich Daten und Informationen ausgetauscht. Das Internet „enthält“ mehr als 63 Millionen Websites und wird von mehr als 945 Millionen Menschen genutzt; in Österreich und in Deutschland sind über 50 Prozent der



Bevölkerung Web-User (Knatz, 2005). Das Internet ist mittlerweile zu einem der wichtigsten Kommunikationsmedien im Alltag geworden. Inzwischen haben die mit dem Internet zusammenhängenden Entwicklungen einen Großteil der Alltagsbereiche beeinflusst und nehmen auch Einfluss auf psychologische Interventionen wie Beratung und Therapie. Gerade in den letzten Jahren stieg die Anzahl der Online-Interventionsanbieter besonders in den Bereichen seelische Gesundheit aber auch physische Gesundheit außergewöhnlich schnell an, was sicherlich auch mit den mittlerweile relativ günstigen Zugangsmöglichkeiten zusammenhängt (Wells, Mitchell, Finkelhor & Becker-Blease, 2007).

Im Januar 2002 gab es unter dem Stichwort „Online-Beratung“ beziehungsweise „Beratung per E-Mail“ 64 Treffer, im Jahre 2003 95 Einträge, in 2004 111 Treffer und im Jahr 2005 127 Einträge auf der österreichischen Website Psy-Online, auf der sich PsychotherapeutInnen selbst und ihre Schwerpunkte präsentieren (Kral, 2005). Viele ProfessionistInnen verfügen über eigene Websites und bieten netzgestützte Interventionsformen und/oder Online-Beratung an. Neben den relevanten Möglichkeiten im Bereich der Selbsthilfe bietet das Internet außerdem die Möglichkeit sich selbst im Netz darzustellen, für sich zu „werben“ und auf sich aufmerksam zu machen. Wie Kryspin-Exner, Stetina und Fritz (2007) feststellten, ist die Zahl derer, die sich und ihre Angebote im WWW präsentieren, dementsprechend hoch. Beispielsweise fanden sich bei der Begriffsverknüpfung „+anbieter +verhaltenstherapie +internet“ oder „+anbieter +verhaltenstherapie +online“ bei der bekannten Suchmaschine Google 229 000 und 240 000 Treffer. Eine große Zahl an deutschsprachigen VerhaltenstherapeutInnen nutzt demnach das Medium Internet zur Außendarstellung. Eine Vielzahl der TherapeutInnen ist durch Web-Einträge vertreten und präsentiert Arbeitsschwerpunkte, Kontaktmöglichkeiten oder Informationen zu psychischen Störungen, ohne jedoch Online-Beratung oder Behandlung anzubieten. Die Web-Angebote dieser PrivatanbieterInnen sind dabei äußerst verschieden. Es sind Homepages zu nennen, auf denen Praxen dargestellt oder allgemeine Informationen zur Verhaltenstherapie vermittelt werden. Andere AnbieterInnen hingegen geben professionelle Informationen über die eigene Person und auch über Arbeitsschwerpunkte. Einige stellen verschiedene Störungsbilder und psychische Erkrankungen sowie die Vorgehensweise im Rahmen einer Psychotherapie dar.

Sowohl in der Literatur (Kral, 2005) als auch auf den Websites einiger AnbieterInnen finden sich Informationen bezüglich der möglichen Zielgruppe von Online-Therapie. Entsprechend Döring (2000) lassen sich die potentiellen NutzerInnen einer Online-Therapie bzw. Online-Beratung in fünf Gruppen zusammenfassen, die besonders angesprochen werden. Die Autorin nennt potentielle KlientInnen, die sich aus finanziellen Gründen eine traditionelle Therapie/Beratung nicht leisten können. Menschen, die in der professionellen Beziehung gegenüber gängigen Behandlungen und Therapien eine Distanz wahren wollen und Personen, die aus geografischen Gründen ProfessionistInnen schwer erreichen. Weiters führt sie körperlich behinderte und gesprächs- sowie hörgeschädigte Menschen an, die aus diesen Gründen keine herkömmliche Hilfe in Anspruch nehmen kön-



nen. Zuletzt werden Personen angeführt, die Interesse an Offline-Intervention haben, aber zuvor einen unverbindlicheren Kontakt wünschen.

## 2.1. Interventionen mit (neuen) Medien

Professionelle Online- oder Internet-Therapien (beziehungsweise -Beratung) beschreiben eine weitgehend interaktive, textbasierte, elektronische Kommunikation zwischen KlientInnen und ProfessionistInnen aus dem Bereich seelische Gesundheit. Ziel der Intervention auf Basis dieser Kommunikation sind Verhaltensmodifikationen oder Änderungen des (psychischen) Wohlbefindens des/der Ratsuchenden (Alleman, 2002).

Oravec (2000) klassifiziert die Online-Dienstleistungen in drei Gruppen: a) elektronische individuelle Beratung durchs Internet (entweder als ganze Therapie-sitzungen oder als Zusatz bei einer konventionellen Therapie, wenn der Kontakt der KlientInnen mit den TherapeutInnen beziehungsweise BeraterInnen wegen einer bestimmten Situation umständlich oder unmöglich ist), b) Computernutzung im Rahmen der Gruppen- beziehungsweise Familientherapie (E-Mail Austausch zwischen den Mitgliedern) und c) Online-Selbsthilfegruppen, die von Professionis-tInnen unterstützt beziehungsweise koordiniert werden.

Die üblichsten Kommunikationsmittel für Beratung und Therapie via Internet sind unter anderem E-Mail und/oder Formulare auf Webseiten, Chat, Telefon, Videokonferenz, Diskussionsforen, Virtuelles Sprechzimmer/Sprechstunde und Internet-Telefonie (Jandl-Jäger, Strobl & Czipionka, 2004). In der Literatur werden hauptsächlich vier verschiedene Online-Settings diskutiert, nämlich E-Mail, Chat, Web-based Messaging und Videokonferenzen (Bobert-Stützel, 2001; Grohol, 2000). In der Praxis findet, trotz wachsender technischer Möglichkeiten, Online-Intervention am häufigsten in Form des Austausches von E-Mails statt. Chats werden im Vergleich dazu wesentlich seltener genutzt, wobei die Verwendung von Fragebögen aus dem klinisch-psychologischen Bereich zur Problembeschreibung und Diagnose zunimmt (Janssen, 1998, Kral, 2005).

Bei der Online-Intervention ist neben Überlegungen zu den internetspezi-fischen Setting-Parametern, eine genaue Absprache der Kontakt-Häufigkeit und Kontakt-Länge, die die Art und Intensität der Online-Beziehung bestimmen, in noch detaillierterer Form notwendig als bei herkömmlicher Face-to-Face Inter-vention: Kommunikationsszenarien sind im Internet von mehr Störungen und Irritationen bedroht (beispielsweise Kanalreduktion) als Face-to-Face Therapie-sitzungen und Beratungen. Beispiele für wichtige Vereinbarungen bei Interven-tionen im Internet sind sowohl die Häufigkeit und der Umfang der E-Mails, die Schnelligkeit des Antwortens, als auch die Dauer einer Videokonferenz oder Chat-Sitzung. Das aus E-Mail Freundschaften bekannte unruhige Warten auf eine wichtige Mitteilung verbunden mit fortwährendem Nachsehen in der Mailbox ist im Interventionskontext unzumutbar (Kryspin-Exner, Stetina & Fritz, 2007). Eine Vielzahl an Faktoren beeinflusst den „Stress“ der durch E-Mails erzeugt wird

(Suler, 2005). Personen können durch die Schnelligkeit der Kommunikation und der Menge an erhaltenen E-Mails überfordert und überwältigt werden. Durch fehlende nonverbale Signale können Aussagen fehlerhaft verstanden und interpretiert werden, was neben Missverständnissen und Kommunikationsproblemen auch zu schwerwiegenden Fehlinterpretationen auf beiden Seiten führen kann. Aufgrund der Tatsache, dass auch viele Personen E-Mails zu Hause empfangen können, verschwimmt die Grenze zwischen Informationen, die den privaten und den beruflichen Bereich betreffen – was erneut sowohl Rat suchende Personen als auch ProfessionistInnen betrifft.

Neben den E-Mail- beziehungsweise Chat- und Videokonferenz- Interventionen finden auch die Telefoninterventionen immer mehr Verbreitung in Form von Psychoedukation oder Intervention beziehungsweise Beratung. In den letzten Jahren hat sich das Telefon im Rahmen der Interventionen zu einem weit verbreiteten Medium entwickelt. ProfessionistInnen beantworten bestimmte Fragen, vereinbaren Termine und besprechen bestimmte Krisensituationen mit den PatientInnen. Besonders für Leute, die die „traditionellen“, „Face-to-Face“- Interventionsformen als unangenehm, schwierig oder unmöglich empfinden, stellt das Telefon eine weit verbreitete und verfügbare, sowie unmittelbare, kostengünstige und einfach anwendbare Alternative dar. Die Telefoninterventionen können in verschiedener Weise bei unterschiedlichen Rahmenbedingungen stattfinden. Die üblichsten Formen sind die Folgenden (Wang, 2000):

- a) Kriseninterventionen: Viele private und öffentliche Institutionen sowie Krankenhäuser und Psychologische Gesellschaften bieten heutzutage Telefonhotlinedienste an, mit der Intention anonyme Notversorgung zu gewährleisten. Ziel dieser Gespräche ist – wenn nötig – die Weiterleitung der Betroffenen zu Diensten oder anderen Institutionen, welche angemessene Dienstleistungen anbieten und die Betroffenen unterstützen könnten. Die Telefon-Hotlines zählen zu den üblichsten Anwendungsbereichen im Rahmen der Telefoninterventionen (Kessler et al., 2005).
- b) Weiterleitungs- und Screening-Prozesse: Weiters dienen Telefongespräche dazu, wichtige Informationen über bestimmte Institutionen, Dienstleistungen, spezifische therapeutische Verfahren und Kosten sowie Spezialisierungsbereiche mitzuteilen.
- c) Zusätzliche Intervention nach der Beendigung der therapeutischen Beziehung und der „Face-to-Face“ Interventionssitzungen. Diese Form ist von Bedeutung wenn keine weiteren Sitzungen möglich sind, beispielsweise wegen Krankheit, Umzug und Wohnungswechsel oder auch der Wetterlage, welche es den PatientInnen erschweren sich „Face-to-Face“ an einen/e ProfessionistIn zu wenden.
- d) Telefonintervention gilt als das einzige Mittel, um eine therapeutische Beziehung zu bilden und sie aufrechtzuerhalten, wobei die Effektivitätsstudien noch zu keinen eindeutigen Befunden gekommen sind.

Außer der „konventionellen“ Telefonintervention nutzen heutzutage viele ProfessionistInnen die Möglichkeit, durch die neuen Medien auch eine „M-Therapy“ („mobile therapy“) anzubieten. Durch die M-Therapie kann Diagnostik (Problemaufklärung und notwendige Maßnahmen), Intervention (Maßnahmen zur Prävention, Beratung/Krisenintervention, Selbsthilfe, Psychotherapie, Rehabilitation) und Evaluation (Erfolgsbewertung der getroffenen Maßnahmen) durchgeführt werden (Döring & Eichenberg, 2007). In Verwendung stehen dabei Medien wie zum Beispiel das Handy (Handydiagnose; SMS-Beratung; SMS-Therapie; Mobiltelefontherapie), Handheld (Handhelddiagnose; Handheldrehabilitation; Handheldtherapie), sowie Notebooks. Döring und Eichenberg (2007) geben einen Überblick über diese verschiedenen Interventionsalternativen und ihre Effektivität.

Ähnlich den verschiedenen Online-Interventionsformen ist auch die Telefonintervention sowohl mit Vor- als auch mit Nachteilen verbunden, wie zum Beispiel unmittelbarer Zugang zu bestimmten Diensten und Dienstleistungen, Schutz der Privatsphäre des Betroffenen, Anonymität, mehr Kontrolle der Betroffenen über die Auseinandersetzung mit der/dem ProfessionistIn, aber auch Eliminierung des nicht-auditorischen Wirkens während der Interaktion zwischen ProfessionistIn und KlientIn (Ingram et al., 2007). Was die „Mobile Therapie“ betrifft, zählen zu den Vorteilen die folgenden Faktoren: Anreizeffekt und spezifische Leistungen von Mobilmedien; alltagsnahe und nachhaltige Diagnostik sowie Therapiedokumentation; Erweiterung der therapeutischen Unterstützung über die Therapiestunde beziehungsweise die Interventionssitzung hinaus; Therapie- und Kosteneffizienz (Döring & Eichenberg, 2007). Trotzdem sind noch gewisse Punkte ungeklärt, wie zum Beispiel die Anwendungsbereiche, in denen sich diese Interventionsart als effektiv erwiesen hat oder erweisen kann, die Fragen des Datenschutzes und der Qualitätssicherung sowie die Tatsache, dass viele Leute noch gleichgültig dem Thema „Mobilinterventionen“ gegenüber stehen. Manche Personen werden möglicherweise in eine regelrechte „Telefonitis“ verfallen.

## **2.2. Selbsthilfegruppen**

In den letzten Jahren verstärkt sich die Tendenz, dass Menschen mit verschiedenen Gesundheitsproblemen und/oder psychosozialen Belastungen versuchen, eigenverantwortlich unter anderem mit anderen Betroffenen ihre Schwierigkeiten zu überwinden. Ziel von Selbsthilfegruppen ist es, die Eigenverantwortung und die Handlungskompetenz zu stärken und dadurch Hilfe zur Selbsthilfe zur ermöglichen. Aufgrund der ähnlichen Erfahrungen fühlen sich die Mitglieder verstanden und spüren, dass sie nicht alleine sind.

In der letzten Zeit ist auch die Anzahl der Online-Selbsthilfegruppen stark gestiegen. Einige Vorteile, die die Online-Selbsthilfegruppen immer populärer werden lassen, sind unter anderem: a) Unterstützung rund um die Uhr, ohne zeitliche und geografische Begrenzungen, b) das „Mitglied“ erhält die Hilfestellung direkt

zu Hause und spart dadurch Zeit, Mühe und Kosten, c) die Gruppen können heterogener sein (soziodemographische und kulturelle Eigenschaften der Mitglieder, sowie verschiedene Meinungen, Ansichten und Erfahrungen), d) aufgrund der Anonymität werden Mitglieder leichter motiviert, über gewisse Tabus oder sensitive Themen zu diskutieren und e) von den „Gesprächen“ und dem Erfahrungsaustausch können auch andere Personen profitieren, die keine TeilnehmerInnen sind, aber durch das Internet Zugang zu den Informationen haben.

Trotz solcher Vorteile gibt es auch Nachteile, die sowohl für ProfessionistInnen als auch für Betroffene von hoher Relevanz sind. Zum einen könnten negative oder feindliche Aussagen von anderen Mitgliedern (bis hin zum so genannten „flaming“) die Betroffenen beeinflussen oder ihnen schaden, zum anderen könnten einige Mitglieder falsche, ungenaue und eventuell gefährliche Informationen bekannt geben (Coulson, 2005; Frost & Massagli, 2008). Aus diesen und zahlreichen anderen Gründen ist es wichtig, die Relevanz von zumindest semi-professionell moderierten Gruppen noch mehr in das Licht der Öffentlichkeit zu rücken und die Bedeutung der professionellen Koordination und Interaktion zu betonen.

#### 2.3. Rechtliche Bestimmungen

Die ständigen Entwicklungen im Bereich Beratung via Internet haben dazu geführt, dass von den meisten Ländern (z.B. Österreich, Deutschland, USA und Kanada) spezifische Richtlinien für Interventionen durch (neue) Medien, beispielsweise Online-Therapie, geschaffen wurden. Seitdem diese Richtlinien online auf den Websites der Berufsverbände und Gesellschaften abrufbar sind (siehe Anhang), haben nicht nur TherapeutInnen, sondern alle interessierten KlientInnen beziehungsweise PatientInnen zu diesen Richtlinien Zugang. Verfügbar sind Standards für Online-Beratung, Qualitätskriterien und Kompetenzprofile für Online-Beratung, Voraussetzungen sowie Listen mit registrierten Mitgliedern. Im Anhang finden sich Webseiten einiger Gesellschaften für Online-Beratung, auf denen alle genannten Informationen ausführlich dargestellt werden (siehe S. 323).

Die rechtliche Situation der Online-Beratung in Österreich wird lediglich in Form von „Internetrichtlinien für PsychotherapeutInnen – Kriterien zur Ausgestaltung der psychotherapeutischen Beratung via Internet“ des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen vertreten. Für PsychologInnen und psychologische Behandlung gibt es jedoch keine derartigen Richtlinien des Bundesministeriums; Online-Angebote gibt es von PsychologInnen aber trotzdem. In den Internetrichtlinien für PsychotherapeutInnen werden synchrone (beispielsweise Chat) und asynchrone (zum Beispiel E-Mail) Internetdienste unterschieden, wobei „eine psychotherapeutische Beratung via Internet grundsätzlich nur mittels synchroner Internetdienste angeboten werden darf“. Das bedeutet, dass E-Mail-Beratung nur ausnahmsweise für Erst-, Allgemein- und Termininformationen sowie im Rahmen einer offline „Face-to-Face“ Therapie beziehungsweise Beratung vorgesehen ist (Kral, 2005). Hinweise des Berufsverbandes österreichischer PsychologInnen

für psychologische Online-Intervention beinhalten die gleiche Aussage. Dessen ungeachtet stellt der E-Mail Kontakt das häufigste Online-Setting entsprechend der vorliegenden Recherche (siehe weiter unten) dar.

### 3. Kennzeichen von Online-Intervention

Das Internet und damit die meisten mediengestützten Interventionen zeichnen sich besonders durch die Möglichkeit der *Anonymität* aus (Sassenberg & Jonas, 2007; Tanis, 2007). Joinson (2001) stellte fest, dass Personen mehr von sich preisgeben, wenn ihre Anonymität gewahrt und ihre Privatsphäre nicht verletzt wird. Ein hohes Anonymitätsbedürfnis oder Schamgefühl kann im Einzelfall durchaus eine traditionelle Intervention erschweren (David, 2002). Im Rahmen der Anbahnung einer gewöhnlichen Interventionsform ermöglichen Online-Interventionen anonymen Erstkontakt zum Abbau von „Berührungängsten“. Auch Stigmata und Vorurteile, welche durch die Diagnosestellung entstehen können, werden aufgrund der Anonymität vermieden (Cuijpers et al., 2007). Griffiths und Kollegen (2006) konnten zeigen, dass die Anonymität des Internets bei der Wahl der Informationssuche besonders von Personen mit psychischen Problemen, die die negativen Konsequenzen einer Stigmatisierung vermeiden wollen, bevorzugt wird. Als Beispiel werden Diabetes Mellitus, HIV/AIDS und Essstörungen angeführt.

Netzbasierte Informations- und Kontaktangebote können durch ihre *Niederschwelligkeit* den Einstieg in traditionelle Settings vorbereiten. Auch durch die hohe Anonymität im Netz gilt die Online-Intervention als äußerst niederschwelliges Angebot, das eine Übermittlung zu herkömmlichen Angeboten erleichtern kann (Suler, 2000a). Möglicherweise existieren Barrieren, die dem Aufsuchen psychologischer Behandlungen im Weg stehen können. Aufgrund der internetbasierten Interventionen können auch Teilpopulationen erreicht werden, die durch traditionelle Interventionsformen schwer oder auch gar nicht erfasst werden können, wie beispielsweise Personen mit Behinderungen (Ahern et al., 2006; Cuijpers et al., 2007). Knatz (2005) fügt noch hinzu, dass durch diese Interventionsart viele Ratsuchende ihre Gefühle freier äußern können und weniger Angst vor dem/der BeraterIn und der Intervention empfinden. Darüber hinaus können sie über Probleme schreiben, die sie sonst am Telefon beziehungsweise in einer Diskussion niemandem anvertrauen würden. Außerdem werden angesichts der Anonymität die sozialen Hemmungen und Hürden gesenkt; das führt dazu, dass Offenheit, Ehrlichkeit, Freundlichkeit, Partizipation und Egalität verstärkt werden (Biever, 2004). Außerdem kann die Auffassung ausschlaggebend sein, die Intervention jederzeit problemlos (und ohne Konsequenzen) abbrechen zu können.

Eine weitere relevante Besonderheit von Online-Settings ist die *Distanz*, es findet eine Kontaktaufnahme ohne reale Begegnung statt. Es können geografische Entfernungen einfacher überwunden werden (Griffiths et al., 2006). Zusätzliches Kennzeichen dieses Settings ist die *zeitliche und geografische Autonomie*

(Ahern et al., 2006). ProfessionistIn und KlientIn/PatientIn können sowohl zeit- als auch ortsunabhängig agieren; es ist keine Verabredung notwendig. So kann eine Kommunikation trotz physischer Isolation stattfinden (Sassenberg & Jonas, 2007). Mittels eines orts- und großteils zeitunabhängigen Online-Angebots erreicht man unter Umständen auch therapiebedürftige KlientInnenpopulationen, die bisher durch konventionelle psychologische Hilfseinrichtungen nicht versorgt werden konnten. Besonders die Asynchronität der E-Mail-Kommunikation ermöglicht es, die Zeit unabhängig von Tageszeiten und Terminkoordinationen selbst einzuteilen. Die Intensität der Interaktion ist flexibel gestaltbar, je nach Dringlichkeit oder Bedürfnislage der KlientInnen/PatientInnen (Barak, 1999, 2007). Allerdings entstehen auch Nachteile durch die Kommunikation auf Distanz. Eine Online Kommunikation hat zwei voneinander unabhängige Charakteristika. Einerseits fehlen die physischen Informationen wie die persönlichen Details (Erscheinungsweise, Hautfarbe, Gewicht, Größe) vollständig. Andererseits handelt es sich meist um einen getippten Text, daher fehlt die Stimme (Lautstärke, Intonation, Pausen) und der Augenkontakt; dafür können die Nachrichten leicht gespeichert, nochmals gelesen und weitergeschickt werden (Barak, 2007). Zu bedenken ist, dass Menschen vor der Verschriftlichung, vor Rechtschreibfehlern oder wegen einer ungeschickten Ausdrucksform auch Angst haben können.

*Virtual-Reality-Systeme* können in eine Intervention via Internet integriert werden. Eines der erfolgreichsten Systeme in diesem Zusammenhang ist das Virtual-Reality-System des VRMedLabs der Universität von Illinois, Chicago. Die TeilnehmerInnen werden durch virtuelle Repräsentationen ihres Selbst (Avatare) abgebildet, die die realen Kopf- und/oder Handbewegungen nachvollziehen, was natürliche Gesten wie Nicken oder Zeigen ermöglicht (Riva, 2000).

Online-Settings zeichnen sich durch ihre besondere *Variabilität* aus. Anders als bei einer Intervention von Angesicht zu Angesicht, bei der es typischerweise einen Termin pro Woche gibt, hat man bei einer Online-Intervention theoretisch die Möglichkeit täglich Kontakt aufzunehmen. Irgendwann am Tag gilt es für die/den KlientIn sich Zeit zu nehmen und der/dem ProfessionistIn etwas mitzuteilen, was meistens per E-Mail von staten geht. Die/Der TherapeutIn liest die Mitteilung und geht darauf ein. So benötigt man auch bei häufigen Kontakten nur wenig Zeit, erzielt aber eine hohe Regelmäßigkeit (Beer, n.d.). Abgesehen vom täglichen Kurzkontakt bestehen auch ganz andere Möglichkeiten wie beispielsweise wöchentliche Therapie-Sitzungen im Chat oder auch komplett variable Vereinbarungen (Barak, 1999).

Online-Interventionen haben *keinen Anspruch auf Ausschließlichkeit*. Es soll betont werden, dass computervermittelte Formen psychologischer Unterstützung, Beratung und Therapie normalerweise nicht als Ersatz, sondern als Ergänzung und Erweiterung herkömmlicher Formen gedacht sind (Döring, 2000). Generell ist es fragwürdig, ob eine zuverlässige Diagnose und eine anschließende erfolgreiche Behandlung allein durch einen Netzkontakt möglich sind. Gesicherte Erkenntnisse dazu gibt es bislang nicht. In der Regel zeigt sich jedoch, dass Ratsuchende nicht ausschließlich das Internet nutzen, um ihre Probleme zu bewältigen. Häufig

haben sie persönliche Kontakte zu klassischen Selbsthilfegruppen und TherapeutenInnen. Somit bietet das Internet vor allem eine erste Anlaufstelle bei psychischen Schwierigkeiten. Betroffene können sich etwa im WWW über verschiedene Interventionsformen informieren, in einer Online-Selbsthilfegruppe Unterstützung suchen oder einen ersten Kontakt zu einer professionellen Hilfe aufbauen (Eichenberg, 1999). Ein großer Prozentsatz – bis 65 Prozent – der KlientInnen, die eine Online-Therapie beziehungsweise Beratung eingegangen sind, wenden sich später an ProfessionistInnen um offline eine Therapie anzuschließen (Alleman, 2002). Dennoch mehren sich einzelne konkrete Behandlungsbausteine im Netz, die mit der Möglichkeit des professionellen Feedbacks in „übliche“ Behandlungen eingebracht werden.

Meist wird unter dem Begriff Online-Therapie von ProfessionistInnen ein klinisches Arbeiten via E-Mail oder Chat bezeichnet, das textbasiert und fortlaufend ist und großteils oder ausschließlich via Internet stattfindet. Suler (2000, 2005) geht in seinem Modell der Online-Therapie von einem umfassenderen Verständnis aus. Seine Definition von Online-Therapie, er spricht von „cybertherapy“, beinhaltet jegliche „psychotherapeutische“ Umgebung, die durch Computerkommunikation vermittelt und von ProfessionistInnen im Bereich mentale Gesundheit geplant, entworfen, unterstützt oder „verordnet“ wird. Der Nutzen dieser Sichtweise ist die Möglichkeit, die verschiedenen elementaren Bestandteile computervermittelter Kommunikation zu explorieren und zu untersuchen, wie diese elementaren Merkmale/Eigenschaften kombiniert werden können, um therapeutische Erfahrungen zu ermöglichen und auch zu kreieren.

Verglichen mit Psychotherapie mit Face-to-Face-Setting bietet Online-Therapie über verschiedene Wege oder Kanäle, die alle ihre Vor- und Nachteile haben, einzigartige Möglichkeiten zur Interaktion mit KlientInnen/PatientInnen, die alle eine etwas unterschiedliche Art der Beziehung bedeuten. Die Analyse und Bewertung der meisten mediengestützten Interventionen wird besonders durch den Einsatz des 5-dimensionalen Modells der Online-Therapie nach Suler (2005) vereinfacht. Mittels dieser Klassifizierung ist es möglich, Interventionen anhand klarer Kriterien zu betrachten und die dementsprechende Eignung für spezielle Zielgruppen abzuklären. Suler (2000, 2005) unterscheidet fünf Merkmale der Kommunikationswege zwischen TherapeutIn und KlientIn/PatientIn. Diese Merkmale sind nicht notwendigerweise als dichotom zu betrachten, sondern eher als Dimensionen im Sinne eines Kontinuums mit fließenden Steigungen und Abstufungen zwischen den beiden Merkmalsausprägungen. Die fünf Dimensionen überlappen sich teilweise und interagieren miteinander. Sie sollten als flexible Werkzeuge zur Untersuchung und Klassifikation von jeglichem Online-Kommunikationskanal (Chat, E-Mail, Diskussionsforen, Videokonferenzen etc.) im Rahmen professioneller Interventionen via Internet dienen. Die fünf Merkmalspaare lauten: (1) synchron versus asynchron, (2) textuell versus sensorisch, (3) imaginär versus real, (4) automatisiert versus zwischenmenschlich und (5) unsichtbar versus anwesend.

In Zusammenhang mit der Online-Therapie sind die häufig in der Literatur diskutierten ethischen Probleme anzuführen (beispielsweise oft mangelnde



Anforderungsprofile und Qualitätskriterien sowie fragwürdige Ausbildungslehrgänge). Außerdem ist die fehlende theoretische Fundierung (Theorie der Online-Beratung/-Therapie, mangelnde Kenntnis über Wirkmechanismen, Standardsetzung und spezifische Interventionskonzepte) zu erörtern. Weiters sollten spezifische Kontraindikationen, negative Auswirkungen der asynchronen Kommunikation auf die Interventionskraft und mögliche negative Effekte der Archivierung nicht unbeachtet bleiben. Die relevantesten Vor- und Nachteile der Online-Therapie und -Beratung sind auch auf den Websites einiger ProfessionistInnen zu finden, ebenso wie Indikationen und Kontraindikationen.

Aufgrund der relativ schnellen Expansion von Online-Therapien und fehlender evidenz-basierter Forschung gibt es unter anderem eine unzureichende Anzahl an Wirksamkeitsstudien. In einem von Ott (2003) erstellten Überblick über die Wirksamkeit der Internet-Beratung werden 30 Wirksamkeitsstudien erwähnt, von denen 26 (86.7 Prozent) positive Effekte der internetbasierten Interventionen nachweisen. Besonders geeignet für Online-Beratung scheinen Störungen zu sein, wie Panik-, Ess- und Posttraumatische Belastungsstörungen, substanzbezogene Störungen sowie psychische Probleme aufgrund körperlicher Erkrankung. Aber auch im Bereich der Depressionsprävention, wie am Beispiel des bekannten australischen interaktiven Programms MoodGym, zeigen sich vielversprechende Ergebnisse (Christensen, Griffiths & Korten, 2002; Christensen, Griffiths, Groves & Korten, 2006; Griffiths & Christensen, 2007). Die üblichsten Techniken, die in den Online-Interventionen angewendet werden, sind aus dem Spektrum der kognitiv-behavioralen Ansätze. Die ersten Wirksamkeitsstudien stellen positive und ermutigende Ergebnisse dar, die dazu führen, dass Online-Therapie häufig als viel versprechender Ansatz angesehen wird.

Trotz der steigenden Anzahl der Online-BehandlerInnen gibt es, verglichen mit den niedergelassenen „Psy-ProfessionistInnen“, noch relativ wenig Personen, die Online-Therapie anbieten. Nach Wells und Kollegen (2007) wird Online-Beratung von ungefähr zwei Prozent der ProfessionistInnen im Bereich mentale Gesundheit ausgeübt. Die entsprechenden Berufsgruppen sind PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, Counsellor und SozialarbeiterInnen in den USA. Online-Interventionen bieten ein Prozent der Counsellor, fünf Prozent der Ehe- und FamilientherapeutInnen und weniger als zwei Prozent der SozialarbeiterInnen an. Von dieser Stichprobe machten sich 82 Prozent der ProfessionistInnen Sorgen um Schweigepflicht und Vertraulichkeit, 60 Prozent um Haftung, 50 Prozent um Falsch- und Fehlinformation von Seiten der/des KlientIn und 40 Prozent um einen Mangel an angemessener Ausbildung. Trotzdem benutzen zahlreiche ProfessionistInnen elektronische Kommunikationsmöglichkeiten als Zusatz zur konventionellen Intervention und glauben, dass die Online-Kommunikation in Zukunft ein wichtiger Bestandteil der Behandlung sein wird (Wells et al., 2007).

In einer ähnlichen Studie (Wangberg, Gammon & Spitznogle, 2007) aus Norwegen, durchgeführt an einer Stichprobe von Mitgliedern der nationalen Psychologengesellschaft, wurde erhoben, dass 45 Prozent der PsychologInnen bereits elektronische Medien benutzt haben, um mit den KlientInnen zu interagieren.



Nur drei Prozent der PsychologInnen gaben an, eine negative Haltung gegenüber Online-Intervention zu haben. Die Haltung stand in Zusammenhang mit der theoretischen Orientierung und mit der Computer-Erfahrung. PsychologInnen mit psychodynamischer Orientierung äußerten eine eher negative Haltung der Online-Therapie gegenüber, ebenso Personen mit längerer Computer-Erfahrung. 64 Prozent der Stichprobe glauben, dass die Online-Kommunikation nur als Zusatz zur konventionellen Therapie funktionieren kann, während 31 Prozent der Meinung sind, dass Online-Therapie selbst eine ausreichende Therapieform darstellt.

Von den meisten Studien der aktuellen Literatur wird die Notwendigkeit nach einem Zugang zu empirisch validierter Information über Online-Therapie sowie die Notwendigkeit von Richtlinien und empirischer Evidenz zur Sicherung und Steigerung der Online-Security betont. Diese wären wichtige Standards, damit ProfessionistInnen und KlientInnen von den Vorteilen der Online-Interventionen profitieren und die Nachteile besser kontrollieren können.

## 4. Qualitätssicherung (psychologischer) Online-Dienste

Für Rat und Hilfe suchende Personen stellt sich bei Online-Diensten, genauso wie bei der reinen Informationssuche, das Problem der Seriosität der vorliegenden Angebote. Welche Möglichkeiten gibt es, die Berechtigung des Angebotes eines psychologischen und/oder psychotherapeutischen Dienstes im Internet zu kontrollieren? (Welche Kontrolle über Berechtigung zum Anbieten psychologischer und psychotherapeutischer Dienste im Internet gibt es?) In manchen Ländern fehlen nicht nur die ethischen Richtlinien für gesundheitsbezogene Online-Angebote im Internet, sondern auch die konkreten Bestimmungen darüber, wer überhaupt seine Dienste im Internet anbieten und diese als Beratung, Behandlung oder Therapie bezeichnen darf. Zusätzlich sind alle Angebote weltweit abrufbar und die rechtlichen Rahmenbedingungen sind damit besonders für Hilfe suchende Personen nicht mehr transparent. Unabhängigkeit von Zeit und Ort, die zuvor erwähnten großen Vorteile des Internets, können sich in diesem Fall für den Hilfesuchenden zu einem gravierenden Nachteil entfalten. Die Internet-SurferInnen laufen Gefahr, den Überblick zu verlieren, in welchem Land sich die/der gewählte AnbieterIn befindet, und weiters fehlt die Information, ob die/der vermeintliche TherapeutIn wirklich die entsprechende Ausbildung und Berufsberechtigung besitzt. Es besteht daher die Gefahr, sich an Personen zu wenden, deren fachliche Kompetenz nicht den Angaben auf deren Website entspricht. Qualitätssicherungsmaßnahmen sind also auch bei psychologischen Online-Diensten unerlässlich. Um dieser Tatsache zu entsprechen, wurden mittlerweile einige relevante Qualitätssicherungsansätze für psychologische Online-Dienste erstellt.

Vom Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen wurde in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Psychologie ein spezielles

Gütesiegel für psychologische Dienste im Internet entwickelt. Ziel dieses Siegels ist es, eine Orientierung zum Auffinden qualitativ hochwertiger Beratung zu geben. Qualitätskriterien des Siegels, die vom Anbieter erfüllt werden müssen und anschließend überprüft werden, sind unter anderem die kurzfristige Beantwortung von Anfragen innerhalb von drei Tagen nach Erhalt einer E-Mail-Anfrage und eine nachgewiesene Qualifikation im Sinne eines Abschlusses als Diplom-Psychologin/e, der an einer Hochschule erworben wurde. Schweigepflicht, Anonymität und Vertraulichkeit gelten auch für Online-Beratung, wobei dafür die technischen Voraussetzungen zur Erfüllung dieser Pflichten gegeben sein müssen, im Besonderen in Bezug auf Datenübertragung und -speicherung (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, 2001). Das erste Gütesiegel des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen wurde bereits am 27.11.2001 vergeben. Als besonderes Kennzeichen enthält das Gütesiegel außerdem Informationen zur Echtheit. Wenn der Mauszeiger das Siegel auf der Website des Anbieters berührt, erscheinen Informationen über die Gültigkeitsdauer des Siegels, beim Klicken auf das Siegel gelangt der Besucher auf eine interne Webseite des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen, die ebenfalls die Echtheit des Siegels bestätigen soll.

Von der International Society for Mental Health Online (ISMHO) und der Psychiatric Society for Informatics (PSI) wurden im Jänner 2000 Richtlinien für Online-Dienste, die seelische und geistige Gesundheit betreffend, vorgeschlagen. Sie stützen sich unter anderem auf den bekannten HON Code of Conduct für medizinische und gesundheitsbezogene Websites der Health On the Net Foundation. Der Inhalt dieser Richtlinien wird unter drei Überbegriffen zusammengefasst: (1) Einverständniserklärung, Information über Besonderheiten und mögliche Gefahren einer Online-Intervention, (2) Vorgehensweise; erläutert wird dabei, dass die Professionistin/der Professionist den selben Richtlinien folgen soll wie bei Angeboten mit persönlichem Kontakt (Face-to-Face) und (3) Notfälle, was die Besprechung der Vorgehensweise bei einem Notfall beinhaltet (ISMHO/PSI, 2000).

Das „National Board for Certified Counselors (NBCC)“ in North Carolina, USA entwickelte 2001 Standards für ethisches Internet Counseling (Standards for the Ethical Practice of Internet Counseling) als Ergänzung zu den grundlegenden ethischen Richtlinien der Organisation (National Board for Certified Counselors, 2001). Die „American Counseling Association (ACA)“ etablierte in ihren aktuellen ethischen Richtlinien auch Standards für die Verwendung elektronischer Kommunikation via Internet zur Durchführung von Online-Counseling (American Counseling Association, n.d.).

## 5. Online-Recherche zu Online-Therapie

Um einen Überblick über den aktuellen Stand der Online-Interventionsalternativen beziehungsweise -anbieterInnen zu gewinnen, wurde im Zeitraum vom 14.01. bis zum 21.01.2008 mittels der Suchmaschine <http://www.google.at> eine Recherche durchgeführt. Die Suchergebnisse wurden am 12.02.2008 erneut durch <http://www.google.at> und (zudem noch) <http://www.google.com> überprüft. Ziel der Recherche war festzustellen,

- a) wer im Internet Online-Therapie beziehungsweise -Beratung anbietet,
- b) welche Ausbildung beziehungsweise Qualifikationen die AnbieterInnen auf- oder nachweisen,
- c) welche Art von Beratung sie anbieten (zum Beispiel E-Mail Beratung, Chat, Online-Beratung durch Skype oder msn, Telefonberatung) und
- d) wie viel diese Dienstleistungen kosten.

Es wurden zehn verschiedene Stichwörter angegeben; die Suchergebnisse werden nach Suchmaschine, Recherchedatum und Stichwort in Tabelle 1 dargestellt.

► **Tabelle 1. Suchergebnisse je nach Suchmaschine, Zeitpunkt der Recherche und Stichwort.**

Stichwort	Suchmaschine	www.google.at		www.google.com	
	Datum	14.01.–21.01.08	12.02.08	14.01.–21.01.08	12.02.08
on-line Therapie		246 000	244 000	–	248 000
online Therapie		–	249 000	–	599 000
on-line Beratung		258 000	278 000	–	283 000
online Beratung		–	2 160 000	–	2 170 000
on-line Therapy		–	11 000 000	–	11 000 000
online Therapy		9 880 000	9 790 000	–	10 300 000
on-line Counseling		–	3 550 000	–	3 530 000
online Counseling		3 710 000	3 330 000	–	3 330 000
on-line Counselling		–	235 000	–	235 000
online Counselling		235 000	406 000	–	408 000

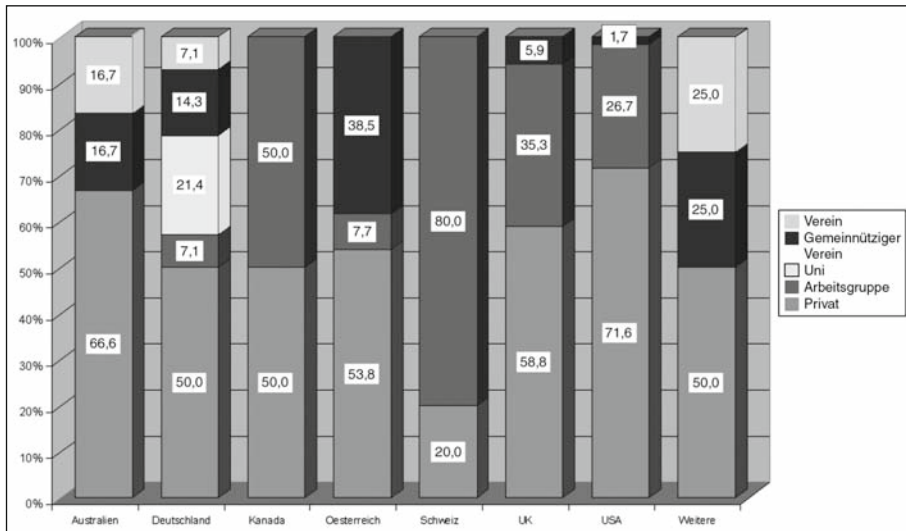
Die ursprüngliche Recherche wurde mit der Suchmaschine Google (<http://www.google.at>) durchgeführt. Die Suchergebnisse wurden am 12.02.2008 noch einmal durch <http://www.google.com> überprüft. Es wurden keine bedeutsamen Unterschiede in Bezug auf die Anbieter von Online-Therapie beziehungsweise -Beratung gefunden. Weiters sind (auch) keine bedeutsamen Unterschiede unter den Stichwörtern „online Psychotherapie“ und „online Psychotherapy“ aufgetaucht. Zwischen den jeweils 440 000 und 381 000 Links unter diesen Stichwörtern wurden keine zusätzlichen elektronischen Seiten von online InterventionsanbieterInnen gefunden. Es ist wichtig zu erwähnen, dass die Suchergebnisse zwischen „on-line“ und „online“ nicht nur vom Inhalt ähnlich sind sondern sich auch überlappen. Unterschiede gibt es in Bezug auf die Anzahl und bezüglich der Reihenfolge, mit der die Ergebnisse je nach Stichwort dargestellt werden. Meistens sind unter dem Stichwort „on-line“ Links mit dem Wort „online“ zu finden. Gemäß den Suchergebnissen kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass das Wort „online“ üblicher ist als die frühere Form „on-line“. Außerdem wird aus Tabelle 1 ersichtlich, dass die Anzahl der Suchergebnisse bereits im Laufe eines Monats weiter angestiegen ist. Diese zahlenmäßige Veränderung beinhaltete allerdings keine relevanten inhaltlichen Änderungen.

Für jedes der oben genannten fünf Stichwörter wurden jeweils die ersten 120 von Google angebotenen Links ausführlich recherchiert (insgesamt 600 Links). Zur Reihung der Links ist anzumerken, dass die Suchmaschine Google ein sogenanntes PageRank-System verwendet: Die Webseiten werden objektiv hinsichtlich ihrer Wichtigkeit bewertet und nach einer Hypertextübereinstimmung wird festgestellt, welche Seiten relevant für die jeweilige Suchanfrage sind. Durch diese Kombination von Wichtigkeit und Relevanz einer Suchanfrage werden die relevantesten Ergebnisse zuerst geliefert (Google, 2008). Insgesamt wurden die folgenden AnbieterInnen pro Stichwort gefunden:

- online beziehungsweise on-line Therapie: 14 Anbieter
- online beziehungsweise on-line Beratung: 18 Anbieter
- online beziehungsweise on-line Therapy: 47 Anbieter
- online beziehungsweise on-line Counseling: 17 Anbieter
- online beziehungsweise on-line Counselling: 26 Anbieter.

#### 5.1. Profil der AnbieterInnen

Insgesamt wurden 122 AnbieterInnen gefunden. Die Wiederholung der Suchergebnisse nach vier Wochen zeigte keine bemerkenswerten Änderungen in den jeweils 120 ersten Seiten, die gründlich recherchiert wurden (im Anhang werden die elektronischen Seiten aller AnbieterInnen dargestellt). Wichtige Informationen über das Profil der AnbieterInnen werden in den Tabellen 2, 3, 4 und 5 dargestellt, sowie in den Abbildungen 1 und 2.



► **Abbildung 1. InterventionsanbieterInnen nach Land.**

Der größte Prozentsatz der Online-ProfessionalistInnen kommt aus dem englischsprachigen Raum (ungefähr 60 %), wovon die USA einen beträchtlichen Teil (48 %) ausmachen, wie in Tabelle 2 dargestellt wird. Der Prozentsatz der deutschsprachigen Online-InterventionsanbieterInnen ist mit insgesamt 26 Prozent relativ hoch. Interessanterweise gibt es auch ProfessionalistInnen sowie Arbeitsgruppen und Vereine, die von anderen Kontinenten kommen, wie beispielsweise aus Australien, Südafrika, Neuseeland, Hawaii und Fiji. Interventionen werden in diesen Online-Praxen auf Englisch angeboten. Ebenso gibt es Online-InterventionsanbieterInnen, die ihre Dienstleistungen in den jeweils einheimischen Sprachen anbieten (zum Beispiel in Sprachen wie Norwegisch, Italienisch oder Griechisch, sowie in lokalen Dialekten); zu diesen AnbieterInnen gab es aber in der vorliegenden Recherche – wegen der auf deutsch und englisch eingegebenen Stichwörter – keinen Zugang.

In den meisten Ländern (siehe Abbildung 1) stellen private Online-InterventionsanbieterInnen und Einzel-AnbieterInnen die Mehrheit der ProfessionalistInnen dar (bis 62 %, siehe Tabelle 3). Neben den einzelnen AnbieterInnen sind auch virtuelle Gemeinschaftspraxen zu finden. Unter derartigen Arbeitsgruppen ist ein „Netz“ von MitarbeiterInnen zu verstehen; diese Arbeitsgruppen, auch als e-Kliniken bekannt, können fünf bis 300 Mitarbeiter einbeziehen. Die Gemeinschaftspraxen kommen in Relation sehr oft vor (24 % der Online-ProfessionalistInnen), besonders in Ländern wie den USA oder der Schweiz. Gemeinnützige Vereine sind beim Angebot von Online-Diensten ebenfalls oft vertreten (9 %), vor

► Tabelle 2. Herkunft der AnbieterInnen von Online-Therapie beziehungsweise Beratung.

Herkunft	Häufigkeit(n)	Prozent
USA	59	48,4
UK	17	13,9
Deutschland	14	11,5
Österreich	13	10,7
Schweiz	5	4,1
Kanada	4	3,3
Australien	6	4,9
Süden Afrika	1	0,8
Neu Zeeland	1	0,8
Hawaii	1	0,8
Fiji	1	0,8

allem im deutschsprachigen Raum. Solche Vereine bieten ihre Dienste kostenlos im Internet an, wobei dann meistens ganz spezielle Themen behandelt werden. Es gibt zum Beispiel Organisationen, die Beratung zu den Themen AIDS, Sucht, Alkohol- und Drogenmissbrauch kostenlos anbieten, sowie Vereine mit spezieller Ausrichtung auf Angebote für Frauen oder Jugendliche. Die Interventionen, die von bestimmten Arbeitsgruppen von Universitätsinstituten angeboten werden, stellen einen kleineren Prozentsatz dar und waren interessanterweise besonders im deutschsprachigen Raum zu finden, zumindest im Rahmen dieser Recherche. Dabei handelt es sich vor allem um Forschungs- beziehungsweise Pilotprogramme oder spezifische Interventionsbereiche, wie zum Beispiel Paar- und Familienberatung oder Beratung für Eltern nach dem Verlust des Kindes während der Schwangerschaft. Das bedeutet keineswegs, dass andere Universitätseinrichtungen keine Online-Interventionen anbieten. Wir vermuten, dass solche Interventionen großteils in der jeweiligen Sprache der Universitätsarbeitsgruppen durchgeführt werden, weswegen diese nicht in unsere Recherche einbezogen wurden, die ausschließlich englisch- und deutschsprachige Seiten einbezogen hatte.

Die Mehrheit der Online-Interventions-AnbieterInnen sind Frauen (40,2 %, n = 49; Männer: 29,5 %, n = 36), während in den Gemeinschaftspraxen oder in den verschiedenen Vereinen gleichermaßen Männer wie Frauen (30,3 %, n = 37) mitarbeiten. Relevant zu erwähnen ist die Tatsache, dass auf den Websites der meisten AnbieterInnen ausführliche Lebensläufe stehen. Die meisten von ihnen verfügen über einen Masterabschluss (28 %) oder einen Dokortitel (20 %) und sind lizenzierte

► Tabelle 3. AnbieterInnen von Online-Therapie beziehungsweise Beratung.

		Häufigkeit	Prozent
<b>Angebot</b>	Therapie	6	4,9
	Beratung	112	91,8
	Beides	4	3,3
<b>AnbieterInnen</b>	Privat	76	62,3
	Arbeitsgruppe	26	23,7
	Universität	3	2,5
	Gemeinn. Verein	11	9,0
	Verein	3	2,5

ProfessionalistInnen (79 %). Trotzdem geben 25 % der AnbieterInnen keine Angaben bezüglich ihrer Ausbildung an. 12 % erwähnen, keine Lizenz zu besitzen und zusätzlich geben 10 % überhaupt nicht an, ob sie lizenziert sind (siehe Tabelle 4).

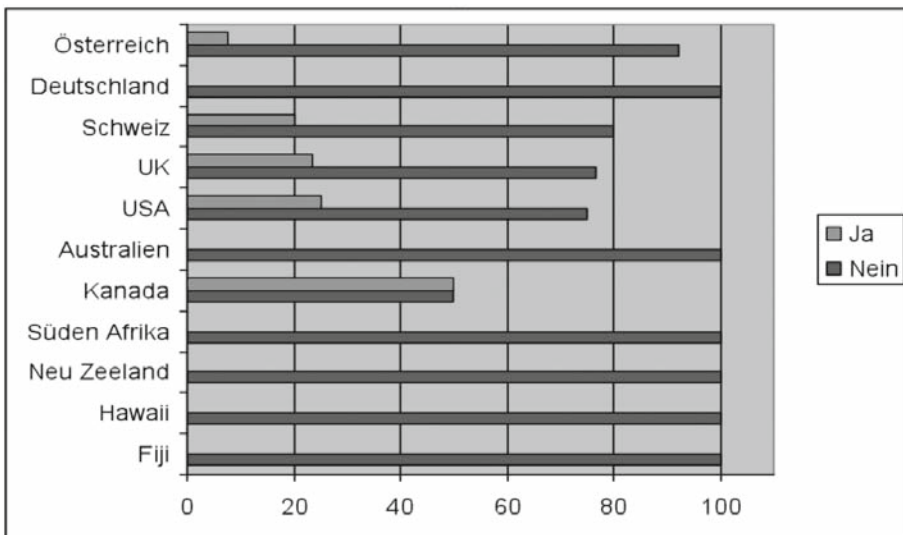
Die Mehrheit der Online-ProfessionalistInnen bieten Beratung beziehungsweise kurzfristige Interventionen an, und nur ein kleiner Prozentsatz hat Online-Therapie im Angebot (siehe Tabelle 3). Auf den elektronischen Seiten der meisten Anbieter wird ausführlich erklärt, warum keine „Online-Therapie“ angeboten werden kann. Als Argument wird angeführt, dass „traditionelle“ Therapie systematischer und geeigneter bei komplexeren Situationen, Problemen und Störungen sei. Weiters setze Therapie regelmäßigen und intensiven Kontakt an einem bestimmten Ort und zu

► Tabelle 4. Kennzeichen der AnbieterInnen von Online-Interventionen.

		Häufigkeit(n)	Prozent
<b>Ausbildung:</b>	Studiumabschluss	14	11,5
	Master	34	27,9
	PhD	25	20,5
	Weiterbildung	18	14,8
	Keine Angaben	31	25,4
<b>Lizenziert?</b>	Ja	96	78,7
	Nein	14	11,5
	Keine Angaben	12	9,8
<b>Gütesiegel?</b>	Ja	23	18,7
	Nein	100	81,3
<b>Welche?</b>	ISMHO	16	69,6
	HON	4	17,4
	Andere	3	13

gewisser Zeit – daher offline – voraus; Störungen könnten „online“ nicht effektiv behandelt werden. Die meisten AnbieterInnen nennen als wichtige Voraussetzung für die Online-Interventionen, dass die „KlientInnen“ Erwachsene sind und dass sie sich in keiner akuten Krisensituation oder lebensbedrohlichen Situation befinden (beispielsweise Selbstmordgedanken); für solche KlientInnen sind auf den elektronischen Seiten der meisten ProfessionistInnen weitere Informationen zur Weiterleitung an andere „off-line“ beziehungsweise „nicht-virtuelle“ Angebote oder Vereine enthalten.

Sehr auffallend ist die Tatsache, dass die meisten AnbieterInnen (81 %) – unter ihnen auch „die Lizenzierten“ – keinen Hinweis, beispielsweise ein Logo oder ähnliches, bezüglich der Zugehörigkeit zu einer Qualitätssicherungsinitiative auf ihrer Website haben. Wie in Abbildung 2 dargestellt, sind Erkennungszeichen diverser Qualitätssicherungsmaßnahmen („Gütesiegel“) in Form von grafischen Darstellungen und Logos öfter auf Seiten aus dem englischsprachigen Raum (USA, Kanada und England) zu finden; aber auch, obwohl selten, bei Angeboten aus Österreich und der Schweiz. Die meisten AnbieterInnen, die über ein Gütesiegel verfügen oder aktiv bei anderen Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligt sind, arbeiten selbstständig (22 % der insgesamt privaten ProfessionistInnen). Aber auch 17 % der Gemeinschaftspraxen verfügen über ein Gütesiegel. Bei gemeinnützigen Vereinen, Universitäten und anderen Vereinen sind Gütesiegel kaum zu finden. Zwei Qualitätssicherungsmaßnahmen tauchen am häufigsten auf den Webseiten auf:



► Abbildung 2. Kennzeichen von Qualitätssicherungsmaßnahmen auf den Websites der Online-ProfessionistInnen nach Land.



ISMHO („International Society for Mental Health Online“) und HON (das „Gütesiegel“ der „Health on the Net Foundation“). Im Bereich der Online-Interventionen ist das ISMHO noch üblicher (70% aller Gütesiegel). Außer diesen zwei Gütesiegeln gibt es auch weitere, die aber seltener angeführt werden wie beispielsweise das Gütesiegel FSP („Föderation Schweizer Psychologinnen und Psychologen“), das naturgemäß nur auf den schweizerischen Websites zu finden ist.

PsychologInnen (41 %) und PsychotherapeutInnen (21 %) stellen die Mehrheit der Online-InterventionsanbieterInnen dar (siehe Tabelle 5). 9 % der ProfessionistInnen haben eine doppelte Qualifikation (sowohl PsychologIn als auch PsychotherapeutIn). Seltener kommen PsychiaterInnen und andere FachärztInnen vor, sowie andere Berufsgruppen, wie zum Beispiel SozialpädagogIn, SozialarbeiterIn und FamilienhelferIn (sie sind in Tabelle 5 unter dem Begriff „Andere“ zu finden). Bemerkenswert ist, dass ein relativ großer Anteil der ProfessionistInnen (16 %) keine Informationen über berufliche Tätigkeit bereitstellt. 81 % der AnbieterInnen arbeiten selbstständig in eigenen Praxen, während 13 % als MitarbeiterInnen in Gemeinschaftspraxen oder bei Vereinen tätig sind.

Außer Lebensläufen und weiteren Informationen über die Online-InterventionsanbieterInnen, die auf den Websites den InternetnutzerInnen zur Verfügung stehen, sind zusätzlich häufig Informationen über die Zielgruppe der Angebote (beispielsweise die Altersgruppe oder die Störungsform) und die Arbeitsform (zumeist wird in einem Team gearbeitet) abrufbar. Weiters finden sich Hinweise zu den Möglichkeiten gemeinnütziger Vereine und zur Vielfalt der beruflichen Tätigkeiten.

► Tabelle 5. Berufliche Tätigkeit der AnbieterInnen von Online-Interventionen.

		Häufigkeit(n)	Prozent
<b>Berufliche Tätigkeit</b>	Psycholog/in	50	41
	PsychotherapeutIn	26	21,3
	Beides	11	9
	Psychiater/in	2	1,6
	Arzt/in	2	1,6
	Andere	12	9,8
	Keine Angaben	19	15,6
<b>Arbeiten als:</b>	Selbstständig	99	81,1
	Angestellte	16	13,1
	Keine Angaben	7	5,7

## 5.2. Online-Therapie: Beratungsangebot und Honorare

Die Online-Therapie und -Beratung bezieht sich auf die Settings E-Mail (es kann ein ständiger E-Mail-Verkehr mit der/dem TherapeutIn stattfinden oder einfach ein oder zwei E-Mails), Chat (die/der TherapeutIn schlägt einen gesicherten Chatraum mit bestimmten Passwörtern vor), Beratung durch msn oder Skype (einige ProfessionistInnen bieten auch die Möglichkeit für einen Anschluss mit „Webcam“ an) oder Telefon-Interventionen.

Die meisten AnbieterInnen (70 %) geben an, Rat suchenden Personen in Bezug auf die meisten Alltagsprobleme und verschiedene Schwierigkeiten Hilfestellung geben zu können (unter anderem bei depressiver Stimmung, Angst und Angststörung, Stress, Essstörungen) (siehe Tabelle 6). Einige Anbieter sind wiederum auf bestimmte Bereiche spezialisiert: Zwangsstörungen, Medikation und Psychopharmakologie, Beziehungen und Sexualität, Frauenberatung, Paartherapie, Beratung für Eltern nach dem Verlust des Kindes während der Schwangerschaft, Suizidalität aber auch Themen wie „police stress“ und „Chronique Fatigue Syndrom“, sowie Themen wie „Traumdeutung“ werden, obwohl seltener, angeführt.

Preise und Honorare sind je nach ProfessionistIn verschieden, unterschiedlich in den verschiedenen Ländern und auch im selben Land. Auch in Gemeinschaftspraxen kommt es vor, dass entweder jede/r MitarbeiterIn selbst das Honorar bestimmt, das auf der elektronischen Seite steht, oder bestimmte Preise für alle MitarbeiterInnen in derselben Praxis gelten. Einige ProfessionistInnen, besonders jene aus dem englischsprachigen Raum, haben auch spezielle „Paketangebote“: Wenn beispielsweise sechs E-Mails im Voraus bezahlt werden, gibt es eine Ermäßigung. Der erste E-Mail-Kontakt kann entweder kostenlos oder teurer als die weiteren Nachrichten sein. Je länger sich Ratsuchende online beraten lassen, desto weniger bezahlen sie pro 20 oder 30 Minuten. Je mehr Beratungszeit die Personen

► Tabelle 6. Behandelnde Themen bei Online-Sitzungen.

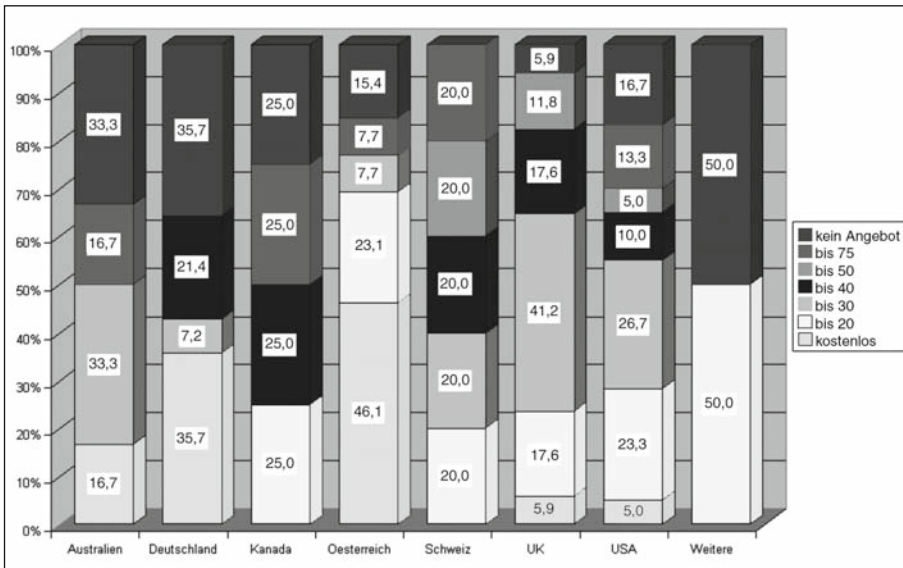
	Häufigkeit(n)	Prozent
<b>Beratungsthemen/ Diverses</b>	86	70,5
<b>-Fragen</b> Spezialisiert	16	13,1
Familie	6	4,9
Paar	2	1,6
Elternberatung	1	0,8
Jugendliche	1	0,8
Drogen/ Sucht	4	3,3
Frauenberatung	2	1,6
AIDS	1	0,8
keine Angaben	3	2,5

im Voraus bezahlen, desto mehr Ermäßigung können sie bekommen (eine ausführliche Darstellung siehe nächste Seite). Auch Paarberatung ist möglich, diese kostet aber bis zu 50 Prozent mehr pro Einheit, wenn beide PartnerInnen an der Sitzung teilnehmen. Darunter sind aber besondere Angebote bei einigen ProfessionistInnen möglich; wenn zum Beispiel ein Paar drei oder fünf Sitzungen vorher bezahlt, kann es eine Ermäßigung (auch 30–40 %) bekommen. Möglich ist es bei einigen ProfessionistInnen auch, dass es einen bestimmten Preis für die übliche Sitzungsdauer gibt (45 Minuten) und die zusätzliche Zeit, die das Paar eventuell braucht (zum Beispiel alle zehn oder dreißig Minuten mehr), zu einem ermäßigten Preis verrechnet wird (die ermäßigten Preise reichen bei diesem Fall auch bis zu einer Reduktion von 50 %). In den Tabellen 7, 8, 9, und 10 werden die Preise für die Dienstleistungen sowie die möglichen Zahlungsarten für die angebotenen Dienstleistungen dargestellt. Abbildungen 5, 6 und 7 stellen die Therapie- beziehungsweise Beratungskosten per E-Mail, Online (Chat und Videokonferenz) und Telefon für jedes Land dar.

Die meisten ProfessionistInnen bieten E-Mail- sowie Online-Interventionen in Form von Chat oder Videokonferenz an. Die häufigste Form allerdings, wie bereits in der Literatur angeführt, ist die E-Mail-Beratung; es folgen die Online-Beratung via Chat und als Schlusslicht die Telefon-Beratung. Die meisten BeraterInnen erwähnen auch den Zeitraum, in dem KlientInnen eine Mail-Antwort bekommen (üblicherweise innerhalb von 24 bis 72 Stunden). Eine Kommunikation per E-Mail kann auch aus organisatorischen Gründen (beispielsweise zur Vereinbarung von Terminen für Online- beziehungsweise Telefon-Beratung) erfolgen.

#### *a) E-Mail-Interventionen*

Das Honorar für die E-Mail-Interventionen der/s jeweiligen ProfessionistIn hängt üblicherweise von den folgenden Variablen ab: i) Länge der E-Mail, die die/der BeraterIn schreibt (pro Wort oder A4 Seite geschätzt), ii) Zeitaufwand um eine Antwort zu verfassen (pro 15, 20, 30 oder 45 Minuten geschätzt) und iii) Länge der empfangenen E-Mail. Die erste E-Mail ist bei einigen ProfessionistInnen kostenlos, während sie bei Anderen teurer als die nachfolgenden E-Mails ist (siehe Tabelle 7). Was einen ständigen E-Mail-Wechsel mit der/m ProfessionistIn betrifft, sind hier besondere Angebote üblich (30 % der AnbieterInnen schlagen spezielle Preise vor), besonders AnbieterInnen aus dem englischsprachigen Raum. Die speziellen Angebote betreffen meistens im Voraus bezahlte E-Mail-Sitzungen; wenn die/der KlientIn zum Beispiel drei, fünf oder manchmal zehn E-Mail-Antworten im Voraus bezahlt, kann sie/er 30 bis zu 50 % Ermäßigung bei jeder E-Mail bekommen. Durchschnittlich kostet die Beratung 20 bis 30 Euro pro E-Mail. Bei einigen ProfessionistInnen beträgt das Honorar bis zu 75 Euro pro Nachricht. Wie in Abbildung 5 dargestellt, sind die Preise in den USA am höchsten. Dagegen ist kostenlose E-Mail-Beratung am häufigsten in Österreich zu finden. Insgesamt bieten 12 % der ProfessionistInnen beziehungsweise Vereine kostenlose E-Mail-Interventionen an. Dabei handelt es sich um gemeinnützige Vereine oder Träger beziehungsweise MitarbeiterInnen der einzelnen Länder oder Bundesländer.



► Abbildung 3. Kosten per E-Mail nach Land.

► Tabelle 7. Dienstleistungskosten<sup>1</sup> bei E-Mail-Sitzungen.

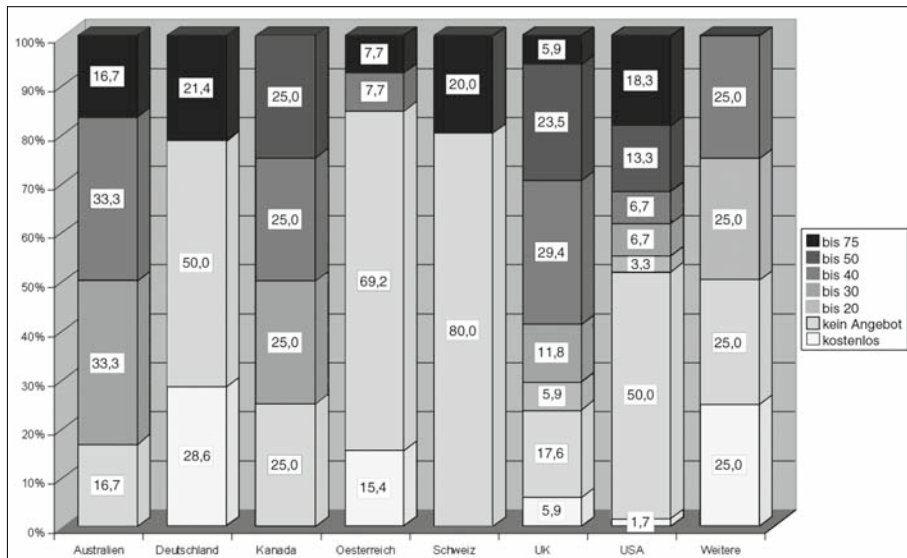
		Häufigkeit(n)	Prozent
<b>E-Mail (pro E-Mail)</b>	kein E-Mail Angebot	23	18,9
	Kostenlos	15	12,3
	bis € 20	24	19,7
	bis € 30	28	23,0
	bis € 40	14	11,5
	bis € 50	6	4,9
	bis € 75	12	9,8
<b>E-Mail</b>	Ja	36	29,5
<b>Sonderangebot</b>	Nein	48	39,9

<sup>1</sup> Damit die Preise vergleichbar sind, sind alle erwähnten Preise pro Einheit (pro E-Mail) und auf Euro gerechnet.

### b) Chat und Videokonferenz

Chat beziehungsweise Videokonferenz stellen die zweitüblichste Online-Interventionsform dar (bei 54 % aller online ProfessionistInnen). Online-Preise werden entweder pro Minute, alle 15, 20 oder 30 Minuten oder pro Sitzung (45 bis 50

Minuten) festgelegt. Dazu kommen auch bei 16% der AnbieterInnen weitere „besondere“ Angebote. Diese Angebote betreffen meistens ermäßigte Preise, wenn KlientInnen drei oder fünf Termine im Voraus bezahlen. Oft kommt es auch vor, dass die ersten zwanzig oder dreißig Minuten einen festen Preis haben und bei län-



► Abbildung 4. Kosten per Online-Sitzung (Chat beziehungsweise Videokonferenz) nach Land.

► Tabelle 8. Dienstleistungskosten<sup>2</sup> bei Online-Sitzungen (Chat/Videokonferenz).

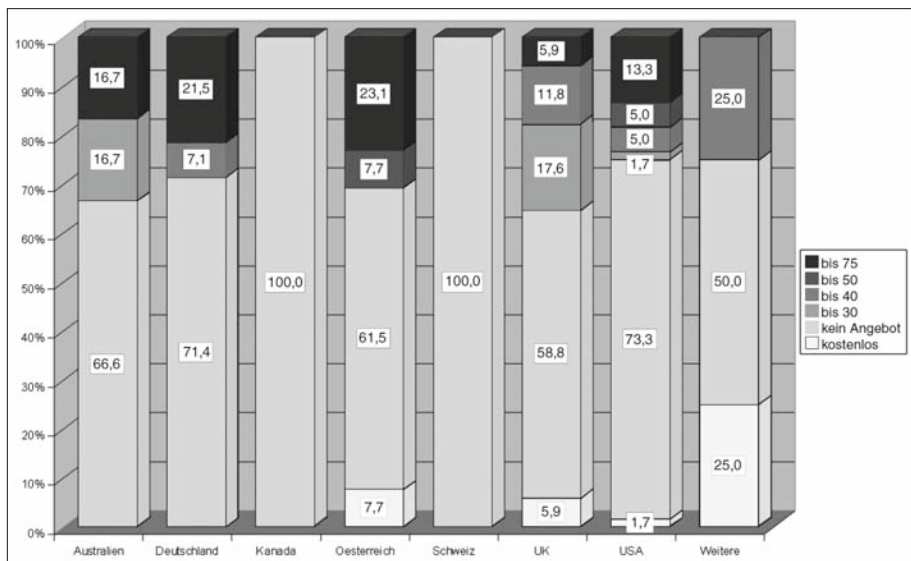
		Häufigkeit(n)	Prozent
Online (pro Sitzung, 45 min)	kein Online-Angebot	56	45,9
	Kostenlos	8	6,6
	bis € 20	4	3,3
	bis € 30	9	7,4
	bis € 40	14	11,5
	bis € 50	13	10,7
	bis € 60	10	8,2
	bis € 100	8	6,6
Online Sonderangebot	Ja	20	16,4
	Nein	37	30,3

<sup>2</sup> Damit die Preise vergleichbar sind, sind alle erwähnten Preise pro Einheit (pro 45min. Sitzung) und auf Euro gerechnet.

gerer Kommunikation zum Beispiel alle 10 Minuten eine Ermäßigung möglich ist. Wie schon erwähnt sind derartige Angebote öfters im englischsprachigen Raum zu finden. Online-Beratung kostet insgesamt durchschnittlich 40 bis 50 Euro pro Sitzung, das Honorar kann aber bis zu 100 Euro betragen (siehe Tabelle 8). Am teuersten sind die Preise in den USA, während kostenlose Online-Beratung meistens in Deutschland zu finden ist (siehe Abbildung 4).

#### c) Telefon-Interventionen

Telefonberatung kommt insgesamt seltener vor, und zwar nur bei 28 % der Online-InterventionsanbieterInnen. Wenn die telefonische Intervention nicht kostenlos von verschiedenen gemeinnützigen Vereinen angeboten wird (wie zum Beispiel Beratung zum Thema Drogen, Sucht oder AIDS, sowie Jugendlichen- und Frauenberatung), ist sie interessanterweise am teuersten und kostet üblicherweise zwischen 60 und 75 Euro pro Sitzung (45 min.) (siehe Tabelle 9). Trotzdem sind auch hier bei einigen AnbieterInnen besondere Angebote und „Pakete“ zu finden (vgl. Angebote bei Chat und Videokonferenzen). Kostenlose Telefon-Beratung ist insgesamt schwer zu finden und wird eher selten angeboten, zum Beispiel von den „Samaritans“, der „Caritas-Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche“ und vom „Fiji women's crisis center“. Kostenlose Telefonberatung wird in Österreich und England sowie von einer Frauenberatungsstelle auf den Fiji-Inseln angeboten (siehe auch Abbildung 5).



► Abbildung 5. Kosten Telefonsitzung nach Land.

► Tabelle 9. Dienstleistungskosten<sup>3</sup> bei Telefon-Interventionen.

		Häufigkeit(n)	Prozent
<b>Telefon</b> (pro Sitzung, 45 min)	kein Online-Angebot	87	71,3
	Kostenlos	3	2,5
	bis €40	12	9,8
	bis €60	13	10,7
	bis €75	7	5,7
<b>Telefon</b> <b>Sonderangebot</b>	Ja	9	7,4
	Nein	23	18,9

<sup>3</sup> Damit die Preise vergleichbar sind, sind alle erwähnten Preise pro Einheit (pro 45min. Sitzung) und auf Euro gerechnet.

► Tabelle 10. Zahlungsart bei Online-Sitzungen.

		Häufigkeit(n)	Prozent
<b>Zahlungsart</b>	Kreditkarte (KK)	18	14,8
	Kontoüberweisung (KÜ)	6	4,9
	PayPal (PP)	18	14,8
	Scheck (S)	3	2,5
	KÜ/S	2	1,6
	KK/KÜ	2	1,6
	KÜ/PP	3	2,5
	KK/S	4	3,3
	KK/PP	13	10,7
	PP/S	5	4,1
	KK/KÜ/S	2	1,6
	KK/KÜ/PP	2	1,6
	KK/PP/S	4	3,3

#### d) Zahlungsart der Online-Dienstleistungen

Für die Bezahlung der Online-Intervention steht den InternetnutzerInnen eine große Auswahl an Möglichkeiten zur Verfügung (siehe Tabelle 10). Die üblichste Zahlungsart in Österreich und Deutschland sind Kreditkarte und Kontoüberweisung (ungefähr bei 20 % der AnbieterInnen). In den USA und UK kommen meist entweder Kreditkarte oder PayPal<sup>4</sup> zum Einsatz (bei 20 % der ProfessionistInnen).

<sup>4</sup> Bei PayPal handelt es sich um eine sichere Form der Online-Bezahlung für Dienstleistungen und Waren; der Betrag wird dem Empfänger gleich gebührenfrei überwiesen, ohne dass weitere Informationen über Konto- beziehungsweise Kreditkartennummer erteilt werden.

Meistens bieten die ProfessionistInnen mehr als eine Zahlungsmöglichkeit an; dementsprechend gibt es verschiedene Zahlungskombinationen. Die üblichste Kombination ist Kreditkarte und PayPal (11 %), allerdings eher bei den AnbieterInnen aus dem englischsprachigen Raum.

## 6. Diskussion – Schlussfolgerung

Im Rahmen der vorliegenden Recherche wurde eine relativ große Auswahl an Online-Therapie beziehungsweise Beratungs-AnbieterInnen aufgefunden. Die elektronischen Seiten der meisten AnbieterInnen enthalten wichtige Informationen für interessierte Informationssuchende und potentielle KlientInnen, wie zum Beispiel Erläuterungen zu Online-Beratung, deren Formen, Verfahren und Settingparameter. Zusätzlich finden sich wichtige Informationen über die eigene Person der/des Beraterin/Beraters, wie beispielsweise Lebenslauf, Weiterbildung, Lizenzangaben und Therapieschwerpunkte. Die üblichsten Interventionsformen, die online von den jeweiligen ProfessionistInnen angeboten wurden, sind: Beratung per Email, Beratung durch Chat und Videokonferenz und Telefon-Beratung. Sowohl die Honorare als auch die Themen, die im Rahmen der online beziehungsweise elektronischen Sitzungen behandelt werden, variieren je nach Land aber auch zwischen den AnbieterInnen in dem jeweiligen Land. Die vorliegenden Resultate replizieren die Ergebnisse vorheriger Studien und sind eine wertvolle Ergänzung und Erweiterung dieser.

Einige BeraterInnen haben bereits viel Erfahrung mit Online-Beratung oder haben bestimmte Aus- oder Weiterbildungsprogramme abgeschlossen. Trotz all dieser wichtigen Informationen sind nur bei wenigen ProfessionistInnen Gütesiegel zu finden, eine ganz wichtige Voraussetzung für die Qualitätssicherung der von diesen ProfessionistInnen angebotenen Dienstleistungen. Besonders erfreulich war das Ergebnis, dass die meisten TherapeutInnen in Ausschlusskriterien darauf hinweisen, dass Online-Beratung für spezifische KlientInnen in bestimmten Lebenssituationen (unter anderem bei Suizidgedanken oder in akuten Krisen) weniger geeignet ist. Die KlientInnen werden dann dementsprechend auf andere elektronische Seiten, an Vereine oder an niedergelassene ProfessionistInnen weitergeleitet. Bei den meisten TherapeutInnen sind auch das Honorar und mögliche Zahlungsformen deutlich auf deren Website angeführt. Diese Informationen sind für Ratsuchende essentiell, damit Hilfe suchende InternetnutzerInnen für sie passende ProfessionistInnen finden, denen sie vertrauen und – natürlich – deren Angebot sie sich leisten können.

Es gibt eine große Auswahl an ProfessionistInnen, die Online-Interventionen anbieten. Entsprechend breit gefächert sind auch die Themen oder Schwerpunkte. Für die meisten Probleme, Schwierigkeiten und Lebensabschnitte sind Online-ExpertInnen zu finden, vielfältig auch mit diversen Online-Angeboten. Von den verschiedenen Arten der Online-Intervention ist die E-Mail-Beratung üblicher



und auch relativ billiger im Vergleich zu den anderen Online-Settings (zum Beispiel Chat oder Videokonferenz) und durchschnittlich wesentlich günstiger als herkömmliche Behandlungsformen.

Online-Interventionen stellen eine wichtige Therapie- beziehungsweise Beratungsmöglichkeit der heutigen Zeit dar, besonders für Personen, die sonst keine Chance zur Beratung hätten, wie beispielweise KlientInnen, die keinen Zugang zu TherapeutInnen haben, behindert sind, anonym bleiben möchten oder sich die typischen Therapiesitzungen manchmal nicht leisten können; oder auch für KlientInnen, die von einer größeren Auswahl an Interventions-AnbieterInnen und -formen unabhängig von Zeit- und Distanzbegrenzungen profitieren möchten. Sehr hilfreich sind auch dabei die angeführten Online-Selbsthilfegruppen.

Der Markt hat auf diese Tatsache bereits mehrfach reagiert. Es steigt die Anzahl von Institutionen, die Aus- und Weiterbildungsprogramme zur Online-Therapie und -Beratung anbieten, somit längerfristig auch die Zahl der Online-ProfessionalistInnen. Zusätzlich ist die Anzahl der Internet-Nutzer nach wie vor steigend. Immer mehr Menschen aller Altersgruppen haben Zugang zum Internet und werden auch immer vertrauter mit den Möglichkeiten des Netzes. Es wird also sowohl für Rat suchende Personen als auch für ProfessionalistInnen immer einfacher etwaige Gelegenheiten, die das Internet bietet, zu nutzen. Diese Trends im Bereich psychische Gesundheit können nun nicht mehr übersehen werden. Es ist sinnvoll, dass sich ProfessionalistInnen den neuen Entwicklungen anpassen und ihren KlientInnen passende Dienstleistungen nach spezifischen Qualitätskriterien und -standards anbieten. Deshalb schlagen immer mehr psychologische Berufsverbände und Gesellschaften sowohl im europäischen Raum als auch in den USA und Kanada spezifische Richtlinien und Standards zur Qualitätssicherung vor, welche ein/e Online-BeraterIn erfüllen sollte, damit sie/er ihre/seine Dienstleistungen nach vorgegebenen Standards online anbieten darf. Außer den angemessenen Leitlinien und Qualitätsstandards fehlt es trotz neuer Entwicklungen noch an ausreichenden Wirksamkeitsstudien sowie auch an einer Bandbreite passender Ausbildungsprogramme. Ziel sollte es sein, dass sowohl TherapeutInnen als auch Rat suchende Personen von den Vorteilen der Online-Therapie und -Beratung profitieren, und damit ProfessionalistInnen der mentalen Gesundheit zur Gesundheitsförderung eines noch größeren Anteils der Bevölkerung beitragen können.

## 7. Literatur

- AHERN D. K., KRESLAKE, J. M. & PHALEN J. M. (2006). What Is eHealth (6): Perspectives on the Evolution of eHealth Research. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (1), e, 4.
- AINSWORTH M. (2001). *ABCs of Internet Therapy*. Retrieved May 12, 2004, from <http://www.metanoia.org/imhs/interview.htm>
- ALLEMAN J. R. (2002). Online Counseling: The Internet and Mental Health Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, practice, Training*, 39 (2), 199–209.

- AMERICAN COUNSELING ASSOCIATION. (n.d.). *ACA Code of Ethics and Standards of Practice*. Retrieved May 12, 2004, from [http://www.counseling.org/AM/PageServer?pagename=resources\\_ethics](http://www.counseling.org/AM/PageServer?pagename=resources_ethics)
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. (1995). Ethics committee statement on psychotherapy by telephone. *APA Monitor*, October, p. 15.
- BARAK A. (1999). Psychological Application on the Internet: A Discipline on the Threshold of a New Millenium. *Applied and Preventive Psychology*, 8, 231–246.
- BARAK A. (2007). Phantom Emotions: Psychological determinants of emotional experiences on the Internet. In: Joinson A., McKenna K., Postmes T. & Reips U.-D. (Hrsg.). *The Oxford Handbook of Internet Psychology* (S. 303–329). New York: Oxford University Press.
- BEER R. (n.d.). *Was passiert in der Online-Therapie?* Abgefragt 09.05.2004, von [http://www.theratalk.de/info\\_online\\_therapie\\_was\\_passiert.html](http://www.theratalk.de/info_online_therapie_was_passiert.html) Berufsverband deutscher Psychologinnen und Psychologen. (2001). *Online-Gütesiegel*. Abgefragt 12.02.2004, von <http://www.bdp-verband.org/html/service/siegel.html>
- BIEVER C. (2004). *People lie more on the phone than by email*. Retrieved August 01, 2005, from <http://www.newscientist.com/article.ns?id=dn4663>, 2005-08-01
- BOBERT-STÜTZEL S. (2002). "Ein Tagebuch, das antwortet ...". Einführung in die US-amerikanische Debatte über Online-Therapie. *Wege-zum-Menschen*, 54 (1), 36–52 <http://mitglied.lycos.de/sbobot/Amerika.html>
- CHRISTENSEN H., GRIFFITHS K. M., GROVES C. & KORTEN A. (2006). Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40 (1), 59–62.
- CHRISTENSEN H., GRIFFITHS K. M. & KORTEN A. (2002). Web-based Cognitive Behavior Therapy: Analysis of Site Usage and Changes in Depression and Anxiety Scores. *Journal of Medical Internet Research*, 4 (1), e3.
- COULSON N. S. (2005). Receiving Social Support Online: An Analysis of a Computer-Mediated Support Group for Individuals Living with Irritable Bowel Syndrome. *Cyber Psychology & Behavior*, 8 (6), 580–585.
- CUJPERS P., VAN STRATEN A. VAN & ANDERSON G. (2007). Internet-administered cognitive behavior therapy for health problems: a systematic review. *Journal of Behavioural Medicine*. Retrieved January 28, 2008, from <http://www.springerlink.com/content/d6858685gk767440/fulltext.pdf>
- DAVID N. (2002). *Online-Therapie – Eine Einführung*. Abgefragt 28.05.2004, von <http://www.fob.uni-tuebingen.de/fachpublikum/forschung/uebersichtsartikel.php>
- DÖRING N. (2000). Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Batinic B., (Hrsg.), *Internet für Psychologen*. Göttingen: Hogrefe.
- DÖRING N. (2003). *Sozialpsychologie des Internet*. Göttingen: Hogrefe.
- DÖRING N. & EICHENBERG C. (2007). Klinisch-psychologische Interventionen mit Mobilmedien: Ein neues Praxis- und Forschungsfeld. *Psychotherapeut*, 52, 127–135.
- EICHENBERG C. (1999). *Die virtuelle Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet*. Abgefragt am 09.10.2002, von <http://www.kummernetz.de/ct.htm>
- EICHENBERG C. (2003). Therapeutische Online-Kommunikation. Vortrag auf dem 5. wissenschaftlichen Kongress der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT). 23.–26. Oktober, Bad Pyrmont.

- EICHENBERG C. & OTT R. (2003). Informationen über psychische Störungen im Internet: Überblick und Qualitätssicherung. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potenziale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 21–46). Göttingen: Hogrefe.
- FOX S., & RAINE L. (2002). *Vital decisions: how Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick. Plus a guide from the Medical Library Association about smart health-search strategies and good Web sites*. Washington DC: Pew Internet & American Life Project. Retrieved June 30, 2008 from [www.pewinternet.org/reports/toc.asp?Report=59](http://www.pewinternet.org/reports/toc.asp?Report=59)
- FROST J. H. & MASSAGLI M. P. (2008). Social uses of personal health information within PatientsLikeMe, an online patient community: what can happen when patients have access to one another's data. *Journal of Medical Internet Research*, 10 (3), e15.
- GINOSSAR T. (2008). Online participation: a content analysis of differences in utilization of two online cancer communities by men and women, patients and family members. *Health Communication*, 23 (1), 1–12.
- GOOGLE. (2008). *Google-Index: Content und Ranking*. Abgefragt am 30.06.2008, von <http://www.google.de/support/bin/answer.py?answer=43393&topic=13924>
- GRIFFITHS F., LINDENMEYER A., POWELL J., LOWE P. & THOROGOOD M. (2006). Why Are Health Care Interventions Delivered Over the Internet? A Systematic Review of the Published Literature. *Journal of Medical Internet Research*, 8 (2), e10.
- GRIFFITHS K. M. & CHRISTENSEN H. (2007). Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. *Australian Journal of Rural Health*, 15 (2), 81–87.
- GROHOL J. M. (1999). *Definition and Scope of e-therapy*. Retrieved May 28, 2004, from PsychCentral Website <http://psychcentral.com/best/best3.htm>
- GROHOL J. M. (2000). Online therapy – a minefield of treasures. An interview with John Grohol, president of the International Society for Mental Health Online (ISMHO). *New Therapist*, 7. Retrieved May 25, 2004, from <http://www.newtherapist.com/grohol7.html>
- GROHOL J. M. (2001). *Best Practices in e-therapy: Clarifying the Definition*. Retrieved May 28, 2004, from PsychCentral Website <http://psychcentral.com/best/best5.htm>
- HOLMES, L. (2002). *Cybertherapy – is it really therapy?* Mental Health Resources, About.com. Retrieved May 05, 2004 from Mental Health Resources, About.com. <http://mentalhealth.about.com/library/weekly/aa042197.htm>
- INGRAM S., RINGLE J. L., HALLSTROM K., SCHILL D. E., GOHR W. M., & THOMPSON R. W. (2007). Coping with Crisis Across the Lifespan: The Role of a Telephone Hotline. *Journal of Child and Family Studies*. DOI 10.1007/s10826-007-9180-z.
- JANDL-JAGER E., STROBL K. & CZYPIONKA T. (2004). Psychotherapie im Internet: Österreich. *Psychotherapie Forum*, 12, 156–163.
- JANSSEN L. (1998). Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: Janssen L. (Hrsg.), *Auf der virtuellen Couch. Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet* (S. 11–25). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- JOINSON A. N. (2001). Knowing me, knowing you: reciprocal self-disclosure in Internet-based surveys. *Cyber Psychology & Behavior*, 4 (5), 587–591.

- KESSLER R. C., CHIU W. T., DEMLER O., & WALTERS E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- KNATZ B. (2005). Rat und Hilfe aus dem Internet – Die Beratung per Mail; Standards und Herausforderungen. *e-beratungsjournal.net*, 1, Artikel, 2. Abgefragt 30.06.2008, von [http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0105/knatz.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0105/knatz.pdf)
- KRAL G. (2005). Psychologische Beratung im Internet – Notwendigkeiten und Möglichkeiten. *e-beratungsjournal.net*, 1, Artikel, 9. Online verfügbar: [http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe\\_0105/kral.pdf](http://www.e-beratungsjournal.net/ausgabe_0105/kral.pdf)
- KRYSIN-EXNER I., STETINA B. U. & FRITZ C. (2006). Verhaltenstherapie, Verhaltensmedizin und neue Medien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 4, 397–426
- MORAHAN-MARTIN J. M. (2004). How Internet Users Find, Evaluate, and Use Online Health Information: A Cross-Cultural Review. *Cyber Psychology & Behavior*, 7 (5), 497–510.
- NATIONAL BOARD OF CERTIFIED COUNSELORS. (2001). *Standards for the Ethical Practice of Internet Counseling*. Retrieved May 12, 2004, from <http://www.nbcc.org/webethics.htm>
- ORAVEC J. A. (2000). Online counseling and the Internet: perspectives for mental health care supervision and education. *Journal of Mental Health*, 9, 121–135.
- OTT R. (2003). Klinisch-psychologische Intervention und Psychotherapie im Internet: Ein Review zu empirischen Befunden. In: Ott R. & Eichenberg C. (Hrsg.), *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung* (S. 128–147). Göttingen: Hogrefe.
- RIVA G. (2000). From Telehealth to E-Health: Internet and distributed Virtual Reality in Health Care. *CyberPsychology & Behavior*, 3 (6), 989–998.
- SASSENBERG K. & JONAS K. J. (2007). Attitude change and social influence on the net. In: Joinson A., McKenna K., Postmes T. & Reips U.-D. (Eds.). *The Oxford Handbook of Internet Psychology* (S.273–288). New York: Oxford University Press.
- SCIAMANNA C. N., CLARK M. A., DIAZ J. A. & NEWTON S. (2003). Filling the gaps in physician communication. The role of the Internet among primary care patients. *International Journal of Medical Informatics*, 72, 1–8.
- SULER J. (2005). *Psychology of Cyberspace*. Retrieved January 22, 2008, from Rider University Website <http://www.rider.edu/users/suler/psyber/psyber.html>
- SULER J. R. (2000). Psychotherapy in Cyberspace: A 5-Dimensional Model of Online and Computer-Mediated Psychotherapy. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (2), 151–159.
- TANIS M. (2007). Online social support groups. In: Joinson A., McKenna K., Postmes T. & Reips U.-D. (Eds.). *The Oxford Handbook of Internet Psychology* (S.139–153). New York: Oxford University Press.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (1999). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services, Center for Mental Health Services, National Institute of Health, National Institute of Mental Health.
- WANG V. O. (2000). Commentary: What is and is not Telephone Counseling? *Journal of Genetic Counseling*, 9 (1), 73–82.

- WANGBERG S. C., GAMMON D. & SPITZNOGLE K. (2007). In the Eyes of the Beholder: Exploring Psychologists' Attitudes towards and Use of e-Therapy in Norway. *Cyber Psychology and Behavior*, 10 (3), 418–423.
- WELLS M., MITCHELL K. J., FINKELHOR D. & BECKER-BLEASER K. A. (2007). Online Mental Health Treatment: Concerns and Considerations. *Cyber Psychology and Behavior*, 10 (3), 453–459.

# IV.

**(Unerwünschte) Nebenwirkungen**

# Selbstmedikation und Internet

Dorothea König\*

## 1. Einleitung

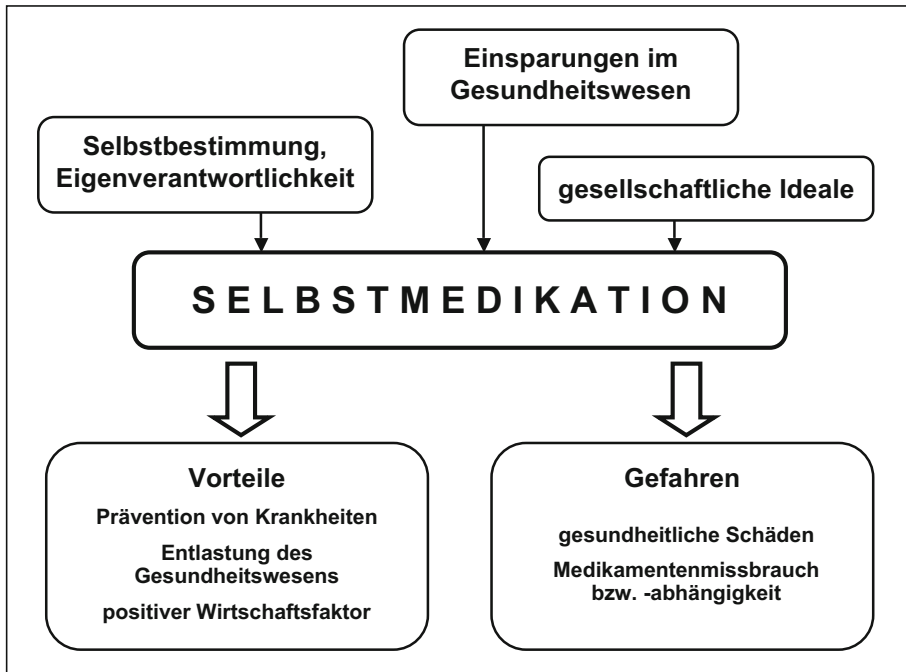
In der westlichen Gesellschaft wird Gesundheit nicht mehr ausschließlich als vorrangiges Lebensziel, sondern vielmehr als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens verstanden (World Health Organization, 2006). Die Menschen zeigen gesteigertes Gesundheitsbewusstsein und den Wunsch, in gesundheitlichen Belangen eigenverantwortlich zu handeln. Dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung entspricht auch der Trend zur Selbstmedikation, die in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat (Wasem & May, 2000).

Selbstmedikation, die nur von informierten Menschen verantwortungsvoll vorgenommen werden kann, wird heute durch die Möglichkeit des Internet zur schnellen und einfachen Beschaffung gesundheitsbezogener Informationen wesentlich beeinflusst und erleichtert. Doch sind es nicht nur Vorteile, die das Internet in diesem Zusammenhang bietet; auch die Risiken bezüglich medizinischer Informationen im World Wide Web (WWW) sowie hinsichtlich der Selbstmedikation und des Online-Pharmakabezugs sind zu bedenken.

Der vorliegende Beitrag zum Thema Selbstmedikation und Internet, dessen Gliederung in Abbildung 1 veranschaulicht wird, gibt neben einer Definition der Selbstmedikation (Abschnitt 2) einen Überblick zu Rahmenbedingungen (Abschnitt 3) sowie Vorteilen und Gefahren der Selbstmedikation im Allgemeinen und unter besonderer Berücksichtigung des Mediums Internet (Abschnitt 4 und 5). Auf den für Selbstmedikation wesentlichen Bereich der netzbasierten gesundheitsbezogenen Informationen wird in Abschnitt 6 eingegangen. Die verschiedenen Aspekte, die beim Bezug von Online-Pharmaka über das WWW von Bedeutung sind, werden in Abschnitt 7 beschrieben. Abschließend wird die Rechtslage des Arzneimittel-Versandhandels insbesondere für den deutschsprachigen Raum dargestellt (Abschnitt 8).

---

\* Korrespondenzadresse: Dorothea König, Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Fakultät für Psychologie, Liebiggasse 5/3, A-1010 Wien, Österreich



► Abbildung 1. Das Thema der Selbstmedikation im Überblick.

## 2. Was bedeutet Selbstmedikation?

Der 1964 durch den Medizinsoziologen Manfred Pflanz im deutschen Sprachraum eingeführte Begriff der Selbstmedikation wird als das Setzen von eigenverantwortlichen Maßnahmen definiert, um durch rezeptfreie Arzneimittel die Gesundheit zu erhalten und Gesundheitsstörungen zu behandeln (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V., 2001). Diese Definition bezieht sich ausdrücklich auf rezeptfreie Arzneimittel, die sowohl der Prävention als auch der Therapie dienen (Wasem & May, 2000). Rezeptfreie Produkte bedürfen keiner ärztlichen Verordnung und können nach dem Rezeptpflichtgesetz aufgrund ihrer Zusammensetzung und Indikation bei bestimmungsgemäßem Gebrauch Leben oder Gesundheit von Menschen und Tieren nicht gefährden (Interessengemeinschaft österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure, 2006). Der Verbrauch von durch einen Arzt verordneten Präparaten sowie vorhandener Restbestände von ehemals verschriebenen rezeptpflichtigen Arzneimitteln wird nicht als Selbstmedikation bezeichnet. Kommen Produkte zur Anwendung, die nicht unter das Arzneimittelgesetz fallen, so handelt es sich ebenfalls nicht um Selbstmedikation (Wasem & May, 2000).



Legale Selbstmedikation darf also nur mit rezeptfreien Präparaten, so genannten Over-the-Counter (OTC) Produkten, betrieben werden. Verschreibungspflichtige Medikamente dürfen hingegen nur mit ärztlicher Verordnung gekauft werden. In herkömmlichen Apotheken sollte der Kunde diese daher nicht ohne Rezept erwerben können. Online-Apotheken müssen sich ebenfalls an die Verschreibungspflicht halten; dennoch wird Selbstmedikation auch mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln betrieben und teilweise missbräuchlich eingesetzt (Gysling, 1998). Insbesondere im Internet besteht die Möglichkeit, die Rezeptpflicht zu umgehen und so illegal an verschreibungspflichtige Pharmaka zu gelangen. Bei einer umfassenden Darstellung des Themas Selbstmedikation muss daher der Begriff aus psychologischer Perspektive weiter gefasst werden, indem sich dieser auch auf verschreibungspflichtige Medikamente bezieht.

### 2.1. OTC-Produkte

Als Over-the-Counter (OTC) Präparate werden jene Arzneimittel bezeichnet, die nicht der Rezeptpflicht unterliegen; sie können daher eigenverantwortlich zur Selbstmedikation eingesetzt, aber auch ärztlich verordnet werden (Beitz et al., 2004). Die Produkte des OTC-Markts lassen sich in folgende vier Segmente gliedern (Winter, 2000):

- kurativ wirkende Therapeutika
- Naturheilmittel
- präventive Produkte
- Lifestyle-Produkte

*Kurative Medikamente* werden zur Behandlung von akuten oder chronischen Beschwerden eingesetzt. Am deutschen OTC-Markt wird der größte Umsatz mit Husten-, Erkältungs- und Schmerzmitteln erzielt. Leichtere Erkrankungen werden meist aufgrund früherer diesbezüglicher Erfahrungen und Arztbesuche eigenverantwortlich behandelt (Beitz et al., 2004; Walluf-Blume, 2000).

Die Selbstmedikation mit *Naturheilmitteln* liegt seit Jahren als sanfte Medizin im Trend, da viele Verbraucher gegenüber chemisch-synthetischen Präparaten aus Angst vor Nebenwirkungen abgeneigt sind (Walluf-Blume, 2000; Winter, 2000). Doch auch aus Pflanzen gewonnene Mittel, so genannte Phytopharmaka, können hyperintensive oder allergische Reaktionen von vorübergehenden Hautausschlägen bis zu anaphylaktischen Schocks auslösen (Ernst, 1998), zu akuten Leber- und Nierenschäden (Gysling, 1998) oder in Interaktion mit rezeptpflichtigen Arzneimitteln zu schweren Komplikationen führen (Miller, 1998).

Die Vorbeugung von Krankheiten stellt die am häufigsten angegebene Indikation von OTC-Präparaten dar. *Präventive Produkte* betreffen insbesondere Vitamine, Mineralstoffe und Nahrungsergänzungen (Beitz et al., 2004; Winter, 2000).

Zu den so genannten *Lifestyle-Produkten* zählen etwa diverse Schönheits- und Schlankheitsmittel, Haarwuchspräparate oder Cholesterinsenker (Winter, 2000).

Dieser Produktkategorie können auch stimmungsbeeinflussende Arzneimittel zugeordnet werden. Der Begriff „Lifestyle“ spiegelt die heutige Leistungs-, Erlebnis- und Genussgesellschaft wider und kann beispielsweise mit gesundem Altern, Attraktivität, sozialem und beruflichem Erfolg und Selbstbewusstsein assoziiert werden (Klotz, 2003).

Anhand der verschiedenen Produktkategorien des OTC-Markts lassen sich drei Hauptgründe für Selbstmedikation ableiten: Während kurative Arzneimittel und auch Phytopharmaka zum Zweck der Heilung bestehender Beschwerden oder Erkrankungen eingesetzt werden, sollen präventive Präparate vor Krankheiten schützen bzw. diese vorbeugen. Darüber hinaus dienen Lifestyle-Produkte der Gesundheitsförderung und der Steigerung des Wohlbefindens. So werden neben Gesundheit als wesentlichem Bestandteil des Lebens bis ins hohe Alter Aktivität und Fitness, körperliche und geistige Vitalität sowie gutes Aussehen angestrebt (Winter, 2000).

In Deutschland sind 60 % aller Medikamenten-Packungen rezeptfrei; davon werden 70 % von den Konsumenten ohne vorhergegangene Arztkonsultation im Wege der Selbstmedikation gekauft (Business Solutions Medicine Online GmbH, 2007). Der Umsatzanteil der OTC-Präparate am pharmazeutischen Markt ist jedoch wesentlich geringer als der Anteil der verkauften Arzneimittel-Packungen; im Jahr 2006 betrug dieser in Österreich 8,6 %, in Deutschland 16,8 % und in der Schweiz 24,6 % (Association of the European Self-Medication Industry, 2007). Diese prozentuellen Differenzen erklären sich aus dem unterschiedlichen Preisniveau von OTC-Produkten und rezeptpflichtigen Medikamenten (Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e.V., 2005), wobei letztere aufgrund ihres hohen Forschungsaufwands wesentlich teurer sind.

Die Mehrheit der OTC-Produkte wird in der Apotheke gekauft, da dem Kunden das Informationsgespräch mit dem Apotheker wichtig ist (Forschungsgruppe Wahlen [FGW] Online GmbH, 2004; Österreichische Apothekerkammer, 2004; Walluf-Blume, 2000). OTC-Präparate sind jedoch auch in Drogeriemärkten, Reformhäusern, Lebensmitteleinzelhandel und im Internet erhältlich. Bei der Selbstbedienung im so genannten Mass-Market entscheidet sich der Verbraucher eigenverantwortlich für ein Medikament, weshalb die Marke gewissermaßen die Rolle des Arztes oder Apothekers übernehmen muss (Winter, 2000). Zur Positionierung der Marke reicht es nicht aus, das medizinische Profil eines Produkts zum Markenträger zu machen; im konsumnahen OTC-Geschäft muss vielmehr der subjektive Nutzen für den Verbraucher transportiert werden. Zentrale Dimensionen sind hierbei etwa Lebensqualität, Fitness, Jugendlichkeit, Anerkennung, Vertrauen und Sicherheit (Breuer, 2000). Doch auch das Wissen um Wirksamkeit und Nutzen des Präparats allein ist nicht auslösend für Kaufentscheidung und -verhalten. So wird die Akzeptanz durch ästhetische und ergonomische Kriterien mitbestimmt (Wassem & May, 2000). Preis und Aufstellung des Produkts im Regal haben ebenfalls wesentlichen Einfluss auf die Kaufentscheidung (Winter, 2000).

### 3. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen für Selbstmedikation

Nach der idealtypischen multidimensionalen Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wird Gesundheit als positives Konzept verstanden, das sich nicht nur auf Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen bezieht, sondern vielmehr einen Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens umfasst. Gesundheit als wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens soll durch ein höheres Maß an Selbstbestimmung der Menschen gestärkt und gefördert werden (World Health Organization, 2006, 2007). Durch den von der heutigen Leistungs- und Genussgesellschaft geprägten Wertewandel bezieht sich Gesundheit auch auf einen Lifestyle, der von Begriffen wie Fitness, Aktivität, Erfolg, Jugendlichkeit, Attraktivität und Wellness bestimmt ist (Klotz, 2003; Walluf-Blume, 2000).

Für das in den letzten Jahrzehnten stark zugenommene Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung ist der Einfluss der Medien von großer Bedeutung, da diese Schönheitsideale und Werte transportieren. Bücher und Zeitschriften, die Diäten und Anleitungen zu Gymnastik und Fitness enthalten, überschwemmen den Markt. Fernsehsendungen dienen als Ratgeber zu Gesundheit, richtiger Ernährung und aktiver Lebensführung. Dieser Trend äußert sich in der wachsenden Bereitschaft der Menschen, selbstverantwortlich für die eigene Gesundheit tätig zu werden (Walluf-Blume, 2000).

Mit dem Streben nach Gesundheit ist das Bedürfnis verbunden, möglichst gut informiert zu sein. Informationen werden nicht nur aus Büchern, Zeitschriften oder Fernsehen bezogen, sie können in rascher und gezielter Form über das Internet abgerufen werden. Das höhere Informationsniveau und das stärkere Gesundheitsbewusstsein sind ausschlaggebend, dass sich immer mehr Menschen kompetent fühlen, leichte bis mittelschwere Erkrankungen ohne ärztliche Hilfe zu behandeln (Winter, 2000).

Das zunehmende Bedürfnis des Menschen nach Selbstbestimmung wird nicht zuletzt durch die unbegrenzt erscheinenden und jederzeit abrufbaren gesundheitsbezogenen Informationen und Angebote im Internet gefördert. So werden Patienten mehr und mehr zu mündigen Kunden, die bei medizinischen Fragen mitentscheiden möchten; medizinische Leistungen werden zunehmend als Konsumgüter und Dienstleistung angesehen. Durch den Wunsch nach Eigenverantwortlichkeit in gesundheitlichen Belangen stoßen auch medizinische Dienstleistungen im WWW, die unter anderem die Selbstdiagnostik unterstützen, vermehrt auf Interesse (Mühlhausen, 2002). Auf zahlreichen Websites, etwa den Gesundheitsportalen Onmeda (<http://www.onmeda.de/selbsttests/>) und Lifeline (<http://www.lifeline.de/cda/selbsttests/content-143571.html>) werden verschiedenste Online-Selbsttests angeboten.

Der Weg der Selbstmedikation wird wohl auch eingeschlagen, da neben den beruflichen und privaten Verpflichtungen wenig Zeit bleibt und deshalb bei leicht-

teren gesundheitlichen Problemen auf den Arztbesuch verzichtet wird. Gerade der alltägliche Stress in Beruf und Privatleben, der unter anderem durch Leistungsdruck, Mehrfachbelastungen und Streben nach Selbstverwirklichung verursacht wird, löst bei den Menschen physische und psychische Befindlichkeiten aus, die sie vielfach durch Selbstmedikation verbessern wollen; dies schlägt sich etwa in den Umsatzsteigerungen für Schlaf- und Beruhigungsmittel nieder (Winter, 2000).

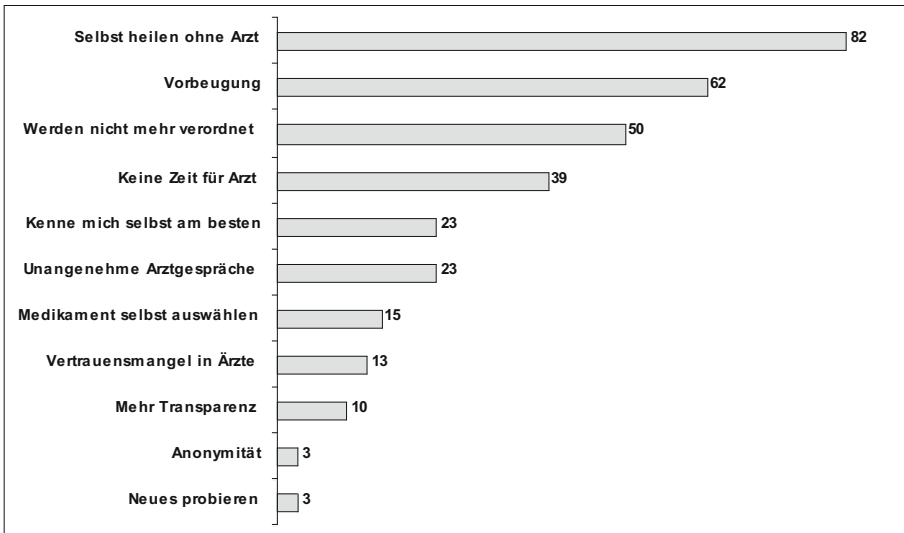
Entsprechend den Idealen der westlichen Industriegesellschaft ist der Wunsch nach einem langen, gesunden und aktiven Leben stark ausgeprägt. Die Menschen, besonders jene über 50 Jahre, widmen sich vermehrt der Vorsorge, indem sie einerseits an ihrer körperlichen Fitness arbeiten, aber auch präventive Produkte des OTC-Markts wie Vitamine, Mineralstoffe und Nahrungsergänzungsmittel vielfach ohne ärztliche Beratung konsumieren (Winter, 2000). Selbstmedikation ist aber nicht nur Ausdruck eines gesundheitsbewussten Lebensstils; diese wird auch oft betrieben, um eine ungesunde Lebensweise zu kompensieren. Häufig sind das Wissen um gesundheitsförderndes Verhalten und der Wunsch, den von der Gesellschaft doktrinierten Schönheitsidealen zu entsprechen, zwar vorhanden, aus verschiedenen Gründen kann jedoch die Energie für die notwendigen Anstrengungen einer Verhaltensänderung nicht aufgebracht werden. Dies veranlasst die Menschen dazu, Selbstmedikation mit Lifestyle-Produkten zu betreiben und Unterstützung durch Arzneimittel, beispielsweise Vitamin- oder Schlankheitspräparate, zu suchen.

Um den Schönheitsidealen der heutigen Gesellschaft zu entsprechen, unterziehen sich immer mehr Menschen medizinisch-ästhetischen Verfahren und lassen sich nicht selten auch im Ausland operieren. Dabei spielt wiederum das Medium Internet eine wichtige Rolle, da es für Ärzte erlaubt ist, im WWW ihre Arztpraxen, Zusatzausbildungen, Spezialgebiete und medizinischen Leistungen zu bewerben, was auch zunehmend in Anspruch genommen wird (Harth, 2006; Mühlhausen, 2002).

### **3.1. Angaben der Verbraucher zu den Gründen für Selbstmedikation**

Der Wunsch nach Selbstverantwortlichkeit für die eigene Gesundheit sowie die Möglichkeit zur Vorbeugung von Beschwerden und Krankheiten stellen die stärkste Motivation zur Selbstmedikation dar. Ergebnisse zu verschiedenen Gründen für Selbstmedikation, die in einer Online-Studie zum Thema „OTC-Markt und Internet“ an einer großen Gruppe von Käufern rezeptfreier Produkte ermittelt wurden, sind Abbildung 2 zu entnehmen (FGW Online GmbH, 2004).

Aufgrund der allgemeinen Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen werden in vielen Ländern rezeptfreie Medikamente nur mehr in wenigen Ausnahmefällen von den Krankenkassen vergütet. Überdies ist meist eine Praxisgebühr für den Arztbesuch zu entrichten, wodurch viele Patienten bei geringen Gesundheitsproblemen abgehalten werden, einen Arzt aufzusuchen (FGW Online GmbH, 2004). Dies sind weitere Gründe, warum zunehmend Selbstmedikation betrieben wird.



► **Abbildung 2. Gründe für Selbstmedikation (nach FGW Online GmbH, 2004).**  
 Prozentangaben von N = 4486 Käufern rezeptfreier Produkte (Mehrfachnennungen).

Für die Selbstmedikation sind auch Empfehlungen von Freunden oder Verwandten bzw. die eigene gute Erfahrung mit einem Medikament von großer Bedeutung (Walluf-Blume, 2000). Menschen, die Selbstmedikation betreiben, sind meist medizinisch gut informiert, von der positiven Wirkung des zur Selbstmedikation ausgewählten Produkts überzeugt und durchwegs mit dem Behandlungsergebnis zufrieden (Sajogo, 2004).

## 4. Vorteile der Selbstmedikation

Die Überalterung der heutigen Gesellschaft bringt das Überwiegen chronischer Erkrankungen gegenüber akuten Krankheiten und dadurch hohe Kosten für das Gesundheitssystem mit sich. Selbstmedikation weist enormes Einsparungspotenzial im Bereich der Arzneimittel- und ambulanten ärztlichen Versorgung auf und stellt somit eine große finanzielle Entlastung für die Krankenversicherungen dar. Durch eine gesunde Lebensweise und adäquate Selbstmedikation können ein gesundes und aktives Altern ermöglicht und Krankheiten vorgebeugt werden. Die Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Kompetenz der Menschen in gesundheitlichen Belangen ist daher von großem gesundheitspolitischen Interesse (Klotz, 2003; May & Wasem, 2003). Selbstmedikation wird aber nicht nur zu kurativen

und präventiven Zwecken eingesetzt, sondern dient auch der Gesundheitsförderung sowie der Steigerung von Lebensqualität und Wohlbefinden der Menschen.

Selbstmedikation ist auch ein wesentlicher wirtschaftlicher Faktor sowohl im Sport- und Wellnessbereich als auch in der Pharmaindustrie. Letztere zeigt großes Interesse an OTC-Produkten und ist bemüht, so genannte Switches auf den Markt zu bringen. Switches sind Arzneimittel, die nach genauer Prüfung aus der Rezeptpflicht entlassen werden und so neue Möglichkeiten für Werbung und Vermarktung im OTC-Sektor bieten (Hofmann, 2000; OpenPR, 2007).

## 5. Gefahren der Selbstmedikation

### 5.1. Medizinische Bedenken gegen Selbstmedikation

Auch wenn legale Selbstmedikation nur den Gebrauch von rezeptfreien Arzneimitteln umfasst, gibt es doch medizinische Gründe, die gegen Selbstmedikation sprechen. So sollte diese nicht eingesetzt werden, wenn die Symptome nicht eindeutig zuzuordnen sind, Beschwerden über einen längeren Zeitraum bestehen, keine ausreichenden Informationen zur sicheren Anwendung der Produkte vorhanden sind oder die Art der Erkrankung eine ärztliche Betreuung erfordert. Die Selbstmedikation durch OTC-Produkte sollte lediglich zur Behandlung geringfügiger, vorübergehender Beschwerden eingesetzt werden (Gysling, 1998; Interessengemeinschaft österreichischer Heilmittelhersteller und Depositeure, 2006).

Probleme und Gefahren der Selbstmedikation sind in Fehldiagnose und inadäquater Medikation zu sehen, wodurch eine angemessene erforderliche Behandlung verzögert wird. Der Patient ist meist nicht über Neben- und Wechselwirkungen verschiedener Medikamente aufgeklärt. Die Werbung, in der OTC-Präparate als Konsumgüter dargestellt werden, hebt nur die positiven Wirkungen hervor und verweist bezüglich etwaiger Nebenwirkungen auf Informationen durch Arzt oder Apotheker (Gysling, 1998). Insbesondere von Frauen, die im Allgemeinen gesundheitsbewusster sind als Männer und Gesundheitsleistungen häufiger in Anspruch nehmen, werden OTC-Produkte oft zusätzlich zu verordneten Medikamenten eingesetzt. Der Arzt ist jedoch über eine derartige kombinierte Arzneimittelanwendung meist nicht informiert, weshalb sich das Risiko negativer Interaktionseffekte von verordneten und nicht rezeptpflichtigen Präparaten vergrößert (Beitz et al., 2004; Miller, 1998). Überdies hält die Behandlung von Symptomen durch Selbstmedikation möglicherweise davon ab, die den gesundheitlichen Beschwerden zugrunde liegenden schädlichen Verhaltensweisen zu ändern (Gysling, 1998).

## 5.2. Medikamentenmissbrauch

Im Rahmen der Selbstmedikation werden Arzneimittel bewusst, durch mangelndes Wissen meist jedoch auch ungewollt missbräuchlich eingesetzt. Die Einnahme von Medikamenten in sehr hoher Dosierung oder über einen länger als notwendigen Zeitraum sowie die Anwendung von für die Beschwerden nicht geeigneten Arzneimitteln werden als Missbrauch gewertet (Abbott & Fraser, 1998; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004; Rabbata, 2005).

Frauen, die im Vergleich zu Männern Arzneimittel häufiger und mit größerer Eigeninitiative anwenden, sind wesentlich stärker von Medikamentenmissbrauch bzw. -abhängigkeit betroffen. Bei älteren Menschen besteht insbesondere die Gefahr einer Überdosierung und daraus resultierender Abhängigkeit. Durch Veränderungen von Stoffwechsel und Organfunktionen im Alter werden Arzneimittel langsamer abgebaut und ausgeschieden, wodurch es zu Ansammlungen der Wirkstoffe im Körper kommen kann (Beitz et al., 2004; Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004).

Schmerz-, Husten-, Schlaf-, Beruhigungs- und Aufputschmittel sowie Appetitzügler zählen zu jenen Medikamentengruppen, die hohes Suchtpotenzial aufweisen (Gesundheit.de, 2005). *Schmerzmittel* sind als schwächer wirkende koffeinhaltige Kombinationsanalgetika für die Selbstmedikation zugänglich. Derartige Präparate werden oft zur eigenverantwortlichen Behandlung von Kopfschmerzen und Migräne eingesetzt, was bei zu häufigem Konsum zu einem so genannten medikamenteninduzierten Kopfschmerz führen kann (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004). Wird das Kombinationsanalgetikum nach längerer Einnahme abgesetzt, so kann es zeitverzögert zu Kopfschmerzen als Entzugserscheinungen kommen, die jedoch meist nicht richtig gedeutet und abermals mit Schmerzmitteln bekämpft werden (Gesundheit.de, 2005). Vor allem Frauen wenden Schmerzmittel auch zur Behandlung von psychischen Problemen, insbesondere von depressiven Symptomen an (Abbott & Fraser, 1998). Neben verschiedenen Schmerzmitteln enthalten auch *Hustenmittel* den Opiatabkömmling Codein. Bei missbräuchlicher Verwendung von codeinhaltigen Hustenmitteln kann daher eine Opiatabhängigkeit entstehen, wobei diese schwere Nebenwirkungen in Form von Verwirrtheit bis hin zu Halluzinationen und Psychosen zur Folge haben kann. Unter den *Schlaf- und Beruhigungsmitteln* besteht insbesondere bei jenen Präparaten hohes Missbrauchs- und Abhängigkeitspotenzial, die den Wirkstoff Benzodiazepin enthalten. Benzodiazepine wirken angstlösend, schlafanstoßend, muskelentspannend und insgesamt dämpfend, sie heilen jedoch nicht die zugrunde liegenden Ursachen der Probleme. Eine langfristige Einnahme kann etwa zu Gedächtnisstörungen, Persönlichkeitsveränderungen, sozialem Rückzug, Ängsten und Depressionen führen. *Aufputschmittel* und *Appetitzügler* können aufgrund der enthaltenen Amphetamine Abhängigkeiten auslösen. Bei chronischem Missbrauch können Konzentrationsstörungen, Gereiztheit, Verstimmung, Leistungsschwäche, Angst- und Erschöpfungszustände,

Schlafstörungen sowie Herz-Kreislaufprobleme auftreten (Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. & Bundesverband der Betriebskrankenkassen, 2004; Gesundheit.de, 2005).

## 6. Gesundheitsbezogene Informationen im Internet

Wesentliche Voraussetzungen für Selbstmedikation sind gesundheitsbezogenes Wissen und Informationen, die richtig interpretiert werden (Wasem & May, 2000). In der heutigen Zeit stellt das Internet das am meisten genutzte Medium zur Informationsbeschaffung dar. So bietet es medizinischen Laien rasch und einfach in einem noch nie dagewesenen Ausmaß Zugang zu Informationen, die ihnen helfen, Unsicherheiten bezüglich des Gesundheitsstatus zu reduzieren. Durch die Steigerung des medizinischen Wissens fühlen sich die Menschen in der Lage, in gesundheitlichen Belangen mehr Selbstverantwortung zu übernehmen (Brann & Anderson, 2002; Tardy & Hale, 1998).

Im Jahr 2001 suchten 22 Millionen US-Amerikaner nach gesundheitsbezogenen Informationen im WWW, das sind 43 % der Internet-User (Henney, 2001). Im Jahr 2002 waren bereits 80 % der User an Gesundheitsinformationen interessiert. Dieser Prozentsatz ist bis zum Jahr 2006 gleichgeblieben, die Internet-Population ist jedoch stark gewachsen (Fox, 2005, 2006). Auch in Deutschland machen Gesundheitsthemen das Hauptinteresse der Internet-User aus. 83,4 % der Befragten einer deutschen Online-Studie suchten nach gesundheitsbezogenen Informationen. Im Vergleich dazu geben 71,7 % Wirtschaft und Finanzen, 68,2 % Urlaub und Reisen und 63,1 % Sport als Interessensgebiete ihrer Recherchen im Netz an (Elias, 2004). In Europa suchten etwa 143 Millionen Erwachsene nach gesundheitsbezogenen Informationen im Internet und rund 63 Millionen Europäer nach pharmazeutischen Informationen (Manhattan Research, 2007). Nach einer Umfrage des Pew Internet and American Life Project gehen an einem Tag durchschnittlich acht Millionen amerikanische Erwachsene online, um Gesundheitsinformationen einzuholen (Fox, 2006); dies sind mehr Personen als an einem Tag eine Arztpraxis aufsuchen (Fox & Rainie, 2002).

Die meisten Internet-User, die nach gesundheitsbezogenen Informationen suchen, erwarten Auskünfte zu spezifischen Leiden und Symptomen von Krankheiten sowie zu deren Behandlung. Überdies werden Informationen zu gesunder Lebensweise, Fitness und Ernährung, Medikamenten, Alternativmedizin, psychischer Gesundheit, Zahnmedizin, aber auch zu medizinischen Einrichtungen und Ärzten gesucht (Elias, 2004; Fox, 2006). Detaillierte Ergebnisse bezüglich netzbasierter Recherchen zu den verschiedenen Gesundheitsthemen, die einerseits aus einer amerikanischen Telefonumfrage und andererseits aus einer deutschen Online-Erhebung stammen, sind Tabelle 1 zu entnehmen.



## IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

► Tabelle 1. Gesundheitsthemen, die im Internet gesucht werden.

<b>Ergebnisse einer deutschen Online-Erhebung (Elias, 2004)</b>	
Ursachen und Symptome von Krankheiten und deren Behandlung	85 %
Preise und Wirkstoffe von Arzneimitteln	65 %
Tipps und Tricks zu gesunder Lebensweise	63 %
Alternativmedizin	59 %
<b>Ergebnisse einer amerikanischen Telefonumfrage (Fox, 2006)</b>	
Spezifische Erkrankungen oder medizinischen Probleme	64 %
Medizinische Behandlungen	51 %
Diät, Ernährung, Vitamine oder Nahrungsergänzungen	49 %
Bewegung oder Fitness	44 %
Verschreibungspflichtige oder OTC-Medikamente	37 %
Ärzte und Spitäler	29 %
Krankenversicherungen	28 %
Alternative medizinische Behandlungen oder Arzneimittel	27 %
Depression, Angst, Stress oder psychische Gesundheit	22 %
Umweltbedingte Gesundheitsgefährdungen	22 %
Experimentelle medizinische Behandlungen oder Arzneimittel	18 %
Impfungen	16 %
Informationen zur Zahngesundheit	15 %
Gesundheitsversorgung	13 %
Informationen zur sexuellen Gesundheit	11 %
Raucherentwöhnung	9 %
Drogen- oder Alkoholprobleme	8 %

Prozentangaben beziehen sich auf Mehrfachnennungen der Befragten.

### 6.1. Profil der nach gesundheitsbezogenen Informationen suchenden Internet-User

Der überwiegende Teil der Menschen, der im Internet nach gesundheitsbezogenen Informationen sucht, ist auch an Selbstmedikation interessiert und betreibt diese aufgrund von Anregungen durch das Internet. So kann das Profil der im WWW nach Gesundheitsthemen Suchenden auch für jene Gruppe geltend gemacht werden, die Selbstmedikation vornimmt.

Personen, die vorrangig das Internet als Informationsquelle nutzen, sind gesundheitsbewusst, zeigen stärkere gesundheitsbezogene Überzeugungen und beteiligen sich eher an gesundheitlichen Aktivitäten (Dutta-Bergman, 2004b). Vor

allem Menschen mit höherer Bildung sammeln Gesundheitsinformationen im Internet. Der größte Anteil der User (40 %) weist einen Collegeabschluss auf; 27 % haben eine (noch) nicht abgeschlossene Collegeausbildung, 28 % sind Highschool-Absolventen, und lediglich 5 % haben weniger als eine Highschoolbildung.

Mehr Frauen als Männer (54 % vs. 46 %) recherchieren im Internet nach Gesundheitsinformationen (Fox, 2006). Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass Frauen im Allgemeinen höheres Gesundheitsbewusstsein zeigen und auch mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen (Beitz et al., 2004). Bei der Suche im Internet sind Frauen besonders an Themen der Gesundheitsförderung und Wellness interessiert. Dem allgemeinen Profil der gesundheitsbezogenen User entsprechend verfügen auch sie über hohe Bildung und gutes Einkommen (Pandey et al., 2003).

Die größte Gruppe innerhalb der nach gesundheitsbezogenen Informationen Suchenden (45 %) umfasst Personen im Alter zwischen 30 und 49 Jahren, während die 18- bis 29- und 50- bis 64-Jährigen jeweils einen Anteil von 23 % ausmachen; die Senioren über 65 sind lediglich mit 6 % vertreten. Ausschlaggebend für eine häufige Suche im Netz ist ein rascher Zugriff über Breitbandverbindung und eine mehrjährige Erfahrung im Umgang mit dem Internet (Fox, 2006).

Bei den meisten Menschen ist die Motivation zur Suche nach Gesundheitsinformationen durch eine positive Ergebniserwartung bestimmt (Fox & Rainie, 2002); die User sehen darin die Möglichkeit zur Kontrolle über und positiven Einflussnahme auf die eigene Gesundheit (Mead et al., 2003). Zu beachten ist jedoch auch, dass gesundheitsbezogene Informationen vom User nicht nur für die eigene Person, sondern vielfach auch für Familienangehörige eingeholt werden (Forkner-Dunn, 2003; Fox, 2006; Morahan-Martin, 2004; Taylor & Leitman, 2002b).

Die typische Informationssuche beginnt mit einer Suchmaschine; nur 27 % der User starten auf einer gesundheitsbezogenen Website. 72 % besuchen zwei oder mehrere Seiten (Fox, 2006). Acht von zehn Nutzern, die im Gesundheitsbereich nachforschen, sind bei der Suche erfolgreich, wobei die 18- bis 29-Jährigen am öftesten behaupten, immer alles gefunden zu haben. Chronisch Kranke und Menschen mit Behinderungen geben am häufigsten auf, bevor sie ans Ziel ihrer Recherche gekommen sind (Fox & Rainie, 2002). Im Allgemeinen sind diese Menschen weniger zahlreich online, wenn sie aber das Internet einmal für sich entdeckt haben, entwickeln sie sich zu eifrigen Surfern. Personen dieser Gruppe, die überwiegend älter als 50 Jahre sind, suchen vor allem Informationen, die ihre eigene Situation betreffen. Von besonderem Nutzen sind ihnen dabei Hilfestellungen im Umgang mit Krankheit oder Schmerz sowie das Einholen von Meinungen verschiedener Ärzte (Fox, 2007).

## 6.2. Folgen der gesundheitsbezogenen Informationssuche

Eine große Mehrheit der im WWW nach Gesundheitsthemen Suchenden hat das Gefühl, aufgrund der Online-Informationen richtige gesundheitsbezogene Entscheidungen getroffen zu haben (Fox, 2006), wodurch Selbstwirksamkeit und Coping der User gesteigert werden können (Morahan-Martin, 2004). Selbstwirk-

samkeitserwartungen oder optimistische Kompetenzerwartungen sind subjektive Überzeugungen, Handlungen zielführend einsetzen und schwierige Aufgaben aus eigener Kraft bewältigen zu können (Bandura, 1997; Schwarzer & Renner, 1997, 2000).

Etwas mehr als die Hälfte der Informationssuchenden wird durch ihre Recherche veranlasst, bestimmte Aktivitäten zu setzen, sei es, einen Arzt aufzusuchen oder Lebensgewohnheiten bzw. den Umgang mit chronischen Krankheiten oder Schmerzen zu ändern. Personen mit hoher Bildung (Collegeabschluss) sind mit erhaltenen Informationen zufriedengestellt, während Personen mit niedrigerer Bildung (Highschoolabschluss und weniger) die Ergebnisse meist mit anderen besprechen möchten. Menschen mit geringer Bildung sind durch die Ergebnisse oft verwirrt und äußern negative Gefühle bezüglich ihrer Suchergebnisse (Fox, 2006). Die gefundenen Informationen werden von etwa der Hälfte der User mit einem Arzt diskutiert, wodurch nach Ansicht von Ärzten und Patienten Kommunikation und Partnerschaft zwischen beiden Gruppen verbessert und gefördert werden (Health On the Net Foundation, 2005). Personen, die sich im Internet über Gesundheitsthemen informieren, werden zu mündigen Patienten, die Empfehlungen und Therapien der Ärzte hinterfragen. Einer deutschen Online-Studie zufolge sind 67 % der Befragten so gut informiert, dass sie mit genauen Vorstellungen über Krankheit und Therapie die Arztpraxis aufsuchen (Elias, 2004). Unter dem Druck, der von derart informierten Patienten ausgeht, können sich Ärzte den neuen Medien, die zugleich auch dem Austausch der Mediziner untereinander nützlich sind, nicht mehr verweigern (Eysenbach & Diepgen, 1999). Die umfassendere Gesundheitsbildung der Patienten kann sich positiv auf ihre Compliance auswirken. So können die Patienten Therapievorschriften des Arztes besser verstehen und zeigen daher auch größere Motivation, die Anweisungen zu befolgen (Health On the Net Foundation, 2005).

Die gesundheitsbezogene Informationssuche im Internet lässt bei nahezu 70 % der Nutzer das Interesse an Selbstmedikation ansteigen; dies wird von Medizinerinnen jedoch mehrheitlich als risikoreich eingeschätzt (Health On the Net Foundation, 2005). 18 % der Menschen, die nach Gesundheitsinformationen suchen, nutzen diese ausschließlich zur Eigendiagnose und Selbstmedikation (Fox & Rainie, 2002). Die zu diesem Zweck im WWW erhaltenen gesundheitsbezogenen Informationen können den Kauf von Medikamenten in Apotheken, Drogeriemärkten oder Online-Apotheken bedingen, aber ebenso den Besuch in einer Arztpraxis zur Folge haben, um ein Rezept für ein bestimmtes selbst ausgewähltes Arzneimittel zu besorgen, das oft auch von der Ordinationshilfe ausgestellt wird.

### 6.3. Risiken der Gesundheitsinformationen im Internet

Die über das Internet zugängliche Informationsflut birgt Gefahren in sich, da sie vielfach unreflektiert angenommen wird. Ein Großteil der gesundheitsbezogenen Websites vermittelt ungenaue, veraltete oder unvollständige medizinische Informationen (Brann & Anderson, 2002). Dennoch meinen 93 % der an Gesundheits-

themen interessierten amerikanischen User, allen oder den meisten Informationen glauben zu können. 93 % der Franzosen, 80 % der Japaner und 71 % der Deutschen sind ebenfalls von der Glaubwürdigkeit überzeugt (Taylor & Leitman, 2002a). Irregeleitet und falsch informiert werden möglicherweise Handlungen gesetzt, die negative Folgen für die Gesundheit nach sich ziehen können. Vor allem für die Selbstmedikation ist es wichtig, genau zu hinterfragen, wer für den Inhalt der Website verantwortlich ist, um sicher zu gehen, kompetenten Rat zu erhalten. Bei vielen Seiten sind Qualität und Objektivität für den Laien oft gar nicht oder schwer zu erkennen (Eysenbach & Diepgen, 1999). Insbesondere bei Websites, die von pharmazeutischen Firmen gesponsert sind, ist es vielfach unmöglich, kommerzielle Inhalte von fachlich wissenschaftlichen zu unterscheiden (Brann & Anderson, 2002). 75 % der Personen, die im Internet nach Gesundheitsthemen suchen, überprüfen die Quelle und das Datum der netzbasierten Information nicht regelmäßig (Fox, 2006). Zudem folgt die Mehrheit der User nicht den Anleitungen zur richtigen Recherche, die von staatlichen oder öffentlichen Stellen ausgegeben werden. Findet der im Internet Suchende mehrere gleichartige Informationen zu einem Thema oder solche, die ihm bereits bekannt sind, so erhöht dies die Glaubwürdigkeit für ihn und steigert seine Sicherheit (Fox & Rainie, 2002).

#### **6.4. Qualitätssicherung gesundheitsbezogener Informationen im Internet**

Für medizinische Laien sind die Inhalte gesundheitsrelevanter Websites nicht immer leicht zu verstehen; umso schwieriger ist es für die User, die Glaubwürdigkeit der Online-Informationen zu beurteilen. Verschiedene staatliche und professionelle Organisationen haben Richtlinien herausgegeben, um den Informationssuchenden bei der Beurteilung medizinischer bzw. gesundheitsbezogener Seiten Hilfestellungen zu bieten.

Vom amerikanischen Gesundheitsministerium wurden sechs Informationsbereiche definiert, die auf einer qualitätvollen Website offengelegt werden sollten: So sollte Auskunft über Betreiber bzw. Sponsor, Zweck und Zielsetzung der Seite, Quellen der angeführten Informationen, Richtlinien zum Datenschutz der User, Möglichkeit eines Feedbacks durch den Informationssuchenden sowie über Aktualisierungen der auf der Website bereit gestellten Inhalte gegeben werden (Fox, 2006).

Die Medical Library Association (2007) gibt in ihrem Benutzerleitfaden zur Suche und Bewertung von Gesundheitsinformationen im WWW Anregungen zum sicheren Umgang mit gesundheitsbezogenen Seiten im Internet. Man erhält hier Ratschläge für gezielte netzbasierte Recherchen über Suchmaschinen und spezifische Seiten. Auf Websites staatlicher und professioneller Organisationen, die nach bestimmten Themen geordnet übersichtlich aufgelistet werden, sind zuverlässige Informationen zu finden. Die Web-Adresse selbst kann Auskunft über den Betreiber geben. Bei US-Seiten steht etwa hinter dem Suffix gov (government) eine staatliche und hinter edu (education) eine schulische bzw. universitäre Einrichtung (Medical Library Association, 2007).

Deutschsprachige Ratgeber wurden etwa von Swissmedic (2005) gemeinsam mit dem Europarat oder von der Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2002) herausgegeben. In allen bereits erwähnten Richtlinien wird die Implementierung von Qualitätskriterien für gesundheitsbezogene Websites gefordert, deren Befolgung in Form eines Gütesiegels angezeigt wird, wodurch die Seriosität der Seite auf einen Blick erkennbar sein soll.

Das älteste Gütesiegel ist jenes der Health On the Net (HON) Foundation, einer gemeinnützigen Organisation mit Sitz in der Schweiz, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, sowohl Laien als auch Professionisten den Weg zu zuverlässigen medizinischen und gesundheitsbezogenen Informationen im Internet zu weisen. Die acht Kriterien des „HON Code of Conduct“ (HONcode) beziehen sich auf ethische, Qualitäts- und Zugangsprinzipien (ein kurzer Überblick ist unter <http://www.hon.ch/HONcode/Conduct.html> zu finden). Für die Verwendung des HON-Gütesiegels muss vom Betreiber der Website ein formeller Antrag gestellt werden, in dem er sich zur Einhaltung der Prinzipien des HONcode verpflichtet (Kommission der Europäischen Gemeinschaften, 2002).

## 7. Arzneimittelkauf im Internet

Der Anteil an Personen, die pharmazeutische Produkte über das Internet erwerben, ist in den USA deutlich höher als in Europa (17,2 % vs. 3,4 %). Von den amerikanischen Online-Pharmakabeziehern kaufen 69,6 % verschreibungspflichtige Arzneimittel online, in Europa hingegen ist die Verteilung zwischen verschreibungspflichtigen Medikamenten und OTC-Präparaten relativ ausgewogen (42,9 % vs. 57,1 %) (Provost et al., 2003).

Eine amerikanische netzbasierte Befragung von Online-Pharmakabeziehern zeigte, dass 70 % der Studienteilnehmer genau dasselbe Präparat, das ihnen der Arzt verschrieben hatte, und 30 % ein neues Arzneimittel ohne Rezept erwarben. Vorrangig wurden cholesterinsenkende Medikamente, Analgetika und Potenzmittel wie Viagra®, aber auch Schlafmittel, Antirheumatika und Antidepressiva bezogen. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten war mit den Leistungen im Internet genauso zufrieden wie in der herkömmlichen Apotheke, 34 % waren sogar zufriedener (Hughes, 2004).

Im Allgemeinen wird der Kauf von rezeptpflichtigen Arzneimitteln im Internet als gefährlich eingeschätzt (Fox, 2004; Hughes, 2004). Einer Umfrage zufolge haben 86 % der deutschen Internet-User noch nie Pharmaka über das WWW bestellt (Regio-Press-Medien, 2007). In Österreich, wo der Arzneimittelversand nicht erlaubt ist, gaben 93 % einer befragten Stichprobe an, dass sie ihre Medikamente in der herkömmlichen Apotheke kaufen. Für 42 % war es gänzlich undenkbar, Arzneimittel per Post zu erhalten; lediglich 6,8 % erachteten die Möglichkeit des Postversands als vorteilhaft (Österreichische Apothekerkammer, 2004).

Wenn die Barriere durch den ersten Kauf gefallen ist und positive Erfahrungen mit dem Online-Pharmakebezug gemacht wurden, setzen 40 % ihre Käufe im Internet fort (Fox, 2004; Regio-Press-Medien, 2007). Personen, die im WWW Produktinformationen zu Medikamenten suchen, werden oft zu Kunden. Das Informationsmedium Internet bereitet also die Kaufentscheidung vor und übt einen Schaufenstereffekt aus, wodurch User ohne vorgefasste Kaufabsicht zu Konsumenten werden (Fox, 2004; Manhattan Research, 2007). Werbung, die sicherlich erheblichen Einfluss auf die Kaufentscheidung hat, wird von etwa 50 % der Internet-User einer deutschen Online-Befragung als informativ angesehen. Für 58 % ist es von Bedeutung, so auf interessante und günstige Angebote aufmerksam gemacht zu werden. Als besonders vorteilhaft wird empfunden, wenn Werbeflächen mit Informationsseiten verlinkt oder direkt in diese integriert sind (Elias, 2004). Spam E-Mails, in denen Arzneimittel beworben werden, veranlassen hingegen nur äußerst wenige Menschen, in Online-Apotheken verschreibungspflichtige Medikamente zu kaufen (Fox, 2004).

### 7.1. Vorteile des Online-Arzneimittelbezugs

Bequemlichkeit und Preisvorteile, die sich im WWW vor allem bei OTC-Produkten bieten, stellen die wesentlichsten Gründe für den Kauf von Online-Pharmaka dar (Elias, 2004; FGW Online GmbH, 2004; Fox, 2004; Henney, 2001; Stiftung Warentest, 2005). Vorteilhaft ist die Hauszustellung besonders für Personen mit Mobilitätseinschränkungen und planbarem regelmäßigen Medikamentenbedarf sowie für die ländliche Bevölkerung, der dadurch ein oft weiter und zeitraubender Weg in die Apotheke erspart werden kann (Henney, 2001).

Da sich Versandapotheken nicht immer an die Verschreibungspflicht halten, sehen einige Menschen im Internet die Möglichkeit, Vorschriften zu umgehen und so an rezeptpflichtige Medikamente zu gelangen. 26 % der in einer deutschen Online-Studie Befragten sehen es als Vorteil, im WWW verordnungspflichtige Medikamente ohne Verschreibung kaufen zu können; 25 % der Studienteilnehmer erachten es als positiv, Arzneimittel, die im eigenen Land nicht zugelassen sind, aus dem Ausland problemlos beziehen zu können (FGW Online GmbH, 2004). Die eben genannten Vorteile des Online-Pharmakakaufs müssen jedoch vielmehr als risikoreich betrachtet werden.

Die Webseiten der Versandapotheken geben einen guten Überblick über das Sortiment, wodurch der Konsument in Ruhe Informationen zu den Arzneimitteln sammeln und Preisvergleiche anstellen kann. Der Wunsch nach Eigenverantwortlichkeit bei der Auswahl der Medikamente und somit nach Selbstmedikation gibt bei 15 % der Befragten einer deutschen Online-Studie Anlass zur netzbasierten Pharmakabestellung (FGW Online GmbH, 2004). Die Anonymität des Internets erleichtert den Kauf von Medikamenten, die die Intimsphäre betreffen. So erwerben 7 % der amerikanischen Online-Pharmakabezieher Viagra® über das WWW (Hughes, 2004). Wenn auch der Klick zur Bestellung im Netz zu jeder Tages- und

Nachtzeit erfolgen kann, ist es im Fall einer akuten Erkrankung doch erforderlich, das benötigte Arzneimittel aus der nächstgelegenen Apotheke zu holen.

### 7.2. Risiken des Online-Arzneimittelbezugs

Die vielen unseriösen Anbieter von Online-Pharmaka stellen ein ernsthaftes Problem im Apotheken-Versandhandel dar. Sie liefern nicht nur verschreibungspflichtige Arzneimittel ohne Rezeptvorlage, sie vertreiben auch nicht zugelassene, abgelaufene oder gefälschte Medikamente. Arzneimittel, die von illegalen Seiten bezogen werden, können kontaminiert sein, gefährliche Potenzen enthalten oder unter Substandardkonditionen hergestellte, für den Verbraucher nicht erkennbare Kopien sein (Henkel, 2000; Henney, 2001). Nach Berichten der WHO sind 10 % aller Arzneimittel Fälschungen (Österreichische Apothekerkammer, 2004). Eine besondere Gefahr stellen auch betrügerische Wundermittel dar, deren Anbieter etwa die Heilung von Krebs versprechen (Regio-Press-Medien, 2007; World Health Organization, 1999) und so die Verzweiflung schwerkranker Menschen ausnützen.

Die Zusendung rezeptpflichtiger Medikamente erfolgt vielfach nach Ausfüllen eines Online-Fragebogens, in dem vor allem persönliche, aber kaum detaillierte anamnestiche Daten der Patienten erhoben werden. Derartige Fragebögen, durch die der direkte Kontakt zu einem Arzt umgangen wird, können kein Arztgespräch ersetzen. So werden sie von den Betreibern der Websites meist nicht zum Anlass genommen, den Kunden über Neben- oder Wechselwirkungen und Unverträglichkeiten der Pharmaka aufzuklären. Dem Konsumenten ist es möglich, falsche Angaben zu seinem Gesundheitsstatus zu machen und dadurch an Arzneimittel zu gelangen, die er dann missbräuchlich anwenden kann (Henkel, 2000).

E-Shops, die ihre Websites rasch verändern, um die Identität der Betreiber zu verschleiern, verkaufen neben Wellness-Produkten auch gefährliche Suchtgifte (Vogler & Habl, 2001). Werbestrategien einzelner Websites können ebenfalls Gefahren in sich bergen. Wenn etwa ein Antidepressivum als „Happy Pill“ und ein Alzheimer-Präparat als Mittel zur Intelligenzsteigerung angeboten werden oder ein Beta-Blocker gegen Lampenfieber wirken soll (Vogler & Habl, 2001), so ist dies eine manipulative Irreführung der Kunden. Durch derartiges Marketing sollen die angebotenen Produkte mit positiven Emotionen verknüpft werden, da positiv gestimmte Personen eher zu positiven Urteilen bereit sind (Bless & Igou, 2006; Bley & Pischke, 2006). Die Verniedlichung und Verfälschung der Indikation soll wohl beim Verbraucher positive Stimmung auslösen und rascher zur Kaufentscheidung führen.

Ein weiteres Risiko, das beim Einkauf in nicht lizenzierten Versandapotheken besteht, ist die Ungewissheit bezüglich fachgerechter Lagerung oder sicheren Transports der Arzneimittel (United States General Accounting Office, 2004). Selbst bei lizenzierten Versandapotheken kann die Zustellung problematisch sein, da auf den Paketen oft die Aufkleber „Nicht an Kinder aushändigen“ fehlen und



die Sendungen sehr häufig nicht an die Adressaten persönlich übergeben werden (Stiftung Warentest, 2005, 2007). Tests von Online-Apotheken zeigen, dass vor allem solche, die außerhalb Europas, der USA und Kanadas betrieben werden, die nötigen Qualitätskriterien nicht erfüllen (siehe Abschnitt 7.4).

### 7.3. Profil der Kunden von Online-Apotheken

Betreiber von Versandapotheken in Deutschland definieren ihre Zielgruppen als chronisch kranke Menschen mit planbarem Arzneimittelbedarf, Personen, die regelmäßig Medikamente einnehmen müssen, Bewohner ländlicher Gegenden, die durch Online-Bestellungen lange Anfahrtszeiten vermeiden, sowie Berufstätige, die durch Hauszustellung Zeit einsparen (Bley & Pischke, 2006).

Unter den Konsumenten von Online-Pharmaka bilden Senioren, meist chronisch Kranke, und überwiegend gut verdienende Frauen die größte Gruppe. Dies geht aus dem Status Quo Bericht des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken hervor, der nicht auf Online-Umfragen, sondern auf verschiedenen Statistiken beruht (Kilian, 2007). Jeder zweite Kunde von Online-Apotheken ist älter als 45 Jahre und jeder sechste älter als 60 Jahre (Wagner, 2004).

Bei Online-Befragungen zu Themen der gesundheitsbezogenen Informationssuche und des netzbasierten Pharmabezugs weisen die Studienteilnehmer ein wesentlich geringeres Durchschnittsalter auf (Cotten & Gupta, 2004; Dutta-Bergmann, 2004a; Fox, 2006; Houston & Allison, 2002; König et al., 2008). Dies liegt wohl daran, dass sich ältere Menschen, deren Affinität zu Computer und Internet weniger hoch ist, seltener an Online-Befragungen beteiligen (FGW Online GmbH, 2004; Forkner-Dunn, 2003). Überdies kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Gesamtheit der älteren Konsumenten die Arzneimittel selbstständig über das Internet bestellt, da auch Gesundheitsinformationen vielfach von Angehörigen älterer Menschen recherchiert werden (Fox, 2006).

Bezüglich einer Charakterisierung jener Menschen, die über das Internet Medikamente beziehen, sind aus gesundheitspsychologischer Perspektive kaum Befunde verfügbar. In einer Online-Studie wurden Konsumenten von im WWW angebotenen Pharmaka mit Personen verglichen, die das Internet zwar zur Suche gesundheitsbezogener Informationen, aber nicht zum Kauf von Arzneimitteln nutzten. Innerhalb der relativ jungen Gesamtstichprobe mit einem Durchschnittsalter von etwa 33 Jahren wiesen Online-Pharmakabezieher signifikant höhere Risikobereitschaft und Selbstwirksamkeitserwartungen als ausschließlich Informationssuchende auf. Die hohe Selbstwirksamkeit kann sich beim Pharmakakauf negativ auf die Risikowahrnehmung auswirken, wenn die eigene Kompetenz möglicherweise überschätzt wird, das richtige Medikament selbst auswählen zu können (König et al., 2008).



### 7.4. Online-Apotheken im Test

Die zunehmende Bereitschaft der Konsumenten, Arzneimittel durch einen Klick im Internet zu ordern, stellt die Gesundheitsbehörden vor große Probleme. Zahlreiche Tests von Online-Apotheken werden durchgeführt, um gegen etwaige Gesetzesverletzungen einschreiten zu können, in der Öffentlichkeit bzw. im Internet auf Mängel aufmerksam zu machen und über positive Ergebnisse Anregungen für einen gefahrlosen Einkauf zu geben.

Das United States General Accounting Office (2004) überprüfte in einer Studie 68 Online-Apotheken auf der ganzen Welt, die verschreibungspflichtige Medikamente verkaufen, wobei Proben von 11 verschiedenen Medikamenten genommen wurden. In Nordamerika und Europa muss dem Apotheker ein gültiges Rezept vorgelegt werden, bevor er ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel aushändigen darf. Dies gilt auch für Online-Apotheken, wobei hier die Vorlage der Verordnung über Post, Fax oder elektronisches Rezept erfolgen kann. Von den 29 überprüften Online-Apotheken in den USA wurden lediglich auf fünf Websites Rezepte verlangt; in Kanada hielten sich hingegen alle 18 ausgewählten Online-Apotheken an die gesetzliche Rezeptpflicht. Von den weiteren 21 Apotheken in Argentinien, Costa Rica, Fiji, Indien, Mexiko, Pakistan, Philippinen, Spanien, Thailand und der Türkei wurden keine Verordnungen verlangt. Probleme bezüglich der Zulassung und Echtheit der Arzneimittel wurden vor allem außerhalb der USA und Kanadas konstatiert. Zwei Präparate wiesen sogar andere chemische Zusammensetzungen als die originalen Markenprodukte auf. 21 Proben aus nicht amerikanischen oder kanadischen Apotheken wurden ohne Beipackzettel geliefert. Zudem gab es Mängel bei der Verpackung oder bei der Bestellung, die sechsmal ohne Reaktion blieb und in weiteren sechs Fällen trotz Bezahlung nicht eintraf.

Eine im Jahr 2001 vom Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen durchgeführte Studie zum Arzneimittelvertrieb im Internet (Vogler & Habl, 2001) verdeutlicht die Gefahren, die sich auf Millionen von Online-Pharmaka betreffenden Websites für potenzielle Kunden ergeben können. Unter 150 identifizierten *Pharmashops* fanden sich neben „Herbal Shops“, die Wellness-Produkte anboten, auch sehr zweifelhafte „Underground Shops“, von denen man Suchtgifte wie Opiate und Narkotika beziehen konnte. Bei einem Drittel der E-Shops war es nicht möglich, die Adresse des Firmensitzes ausfindig zu machen. Die meisten getesteten Seiten wurden von *Online-Apotheken* betrieben. Beim Einkauf rezeptpflichtiger Medikamente wurden kaum ärztliche Verordnungen, aber von knapp 40% der Anbieter Online-Konsultationen verlangt. Diese dienten nur in geringem Maß einer gesundheitlichen Abklärung, vielmehr boten sie die Möglichkeit zu willkommenen Mehreinnahmen. Weniger als 10% der Anbieter stellten Fachinformationen zu den Arzneimitteln ihres Sortiments zur Verfügung. Vielfach gab es keine oder nur unzulängliche Warnhinweise, sogar falsche Angaben zu den Indikationen wurden gefunden. Von 27 Testbestellungen langten nur 18 mit bis zu zehnwöchiger Lieferzeit ein. Vier dieser Proben wiesen schwerwiegende Mängel auf: Ein Medikament enthielt falsche Wirkstoffmengen, ein Arzneimittel entsprach nicht

dem geordneten, bei einer Probe bestand Verdacht auf Eigenherstellung, und bei einer weiteren konnte die Zusammensetzung nicht nachvollzogen werden.

Stiftung Warentest (2005) untersuchte 19 Online-Apotheken in der Europäischen Union (EU), vorwiegend in Deutschland, sowie eine in der Schweiz. Beurteilt wurden Bestell- und Lieferservice, Beratung und Website, wobei 10 von 20 Internet-Apotheken als „mangelhaft“ qualifiziert wurden. Besonders negativ fielen zahlreiche falsche telefonische Auskünfte zu Wechselwirkungen verschiedener Medikamente auf, da solche Fehlinformationen gesundheitliche Folgen nach sich ziehen können. Positiv hingegen war das Ergebnis bezüglich der verordnungspflichtigen Arzneimittel: Jede Versandapotheke verlangte bei rezeptpflichtigen Medikamenten eine ärztliche Verschreibung.

Die Untersuchung der Stiftung Warentest (2007), die zwei Jahre später an 13 deutschen und zwei holländischen Versandapotheken vorgenommen wurde, zeigte eine Verbesserung der Beurteilungen. So wurden sechs Versandapotheken mit „gut“, drei mit „befriedigend“, fünf mit „ausreichend“ und nur eine mit „mangelhaft“ benotet. Sämtliche Arzneimittel wurden ordnungsgemäß ausgefolgt, die Lieferzeiten verbesserten sich; nur die Auskünfte zu Medikamenten und Wechselwirkungen waren teilweise immer noch falsch. Der Online-Pharmakabezug über Apotheken der EU erscheint im Allgemeinen als nicht riskant; Stiftung Warentest (2007) rät jedoch dringend von Käufen in der Karibik oder in Asien ab.

## 7.5. Richtlinien zur Sicherheit beim Online-Arzneimittelkauf

Um das Risiko bei der Bestellung von Arzneimitteln im Internet möglichst gering zu halten, sollten einige Richtlinien beachtet werden. Der Anbieter muss als Unternehmen „Apotheke“ klar erkennbar sein. Auf der Website ist es wichtig, Herkunftsland des Anbieters, Impressum, Adresse, Telefon, allgemeine Geschäftsbedingungen und auch Angaben zur Aufsichtsbehörde zu überprüfen. Bei rezeptpflichtigen Medikamenten muss die ärztliche Verschreibung immer vorgelegt werden. Der Kunde sollte auf eine verschlüsselte Datenübertragung achten (Stiftung Warentest, 2005).

Die U.S. Food and Drug Administration (2007) weist ausdrücklich darauf hin, dass keinerlei persönliche Informationen wie Sozialversicherungs- und Kreditkartennummer oder Krankengeschichte weitergeben werden sollen, bevor man sich nicht überzeugt hat, dass Sicherheit und Anonymität gewährleistet sind. Die Apotheke sollte eine staatliche Lizenz aufweisen, die in den USA durch das Online-Gütesiegel VIPPS – Verified Internet Pharmacy Practice Sites – bestätigt wird. Zugelassene Apotheker sollten für Auskünfte zur Verfügung stehen und Kontaktinformationen anbieten. Der Kunde sollte Verpackung, Ablaufdatum des Arzneimittels sowie Dosierung der Wirkstoffe überprüfen.

Die WHO warnt, dass Produkte mit demselben Namen in verschiedenen Ländern unterschiedliche Wirkstoffe enthalten können. Sie rät, bei der Informationssuche nicht nur nach dem Markennamen, sondern auch nach dem internationalen Freinamen, dem so genannten International Non-proprietary Name (INN) der

aktiven Wirkstoffe zu suchen. Die Produktinformation sollte Angaben zu adäquater Indikation des Präparats, genauer Anwendung, richtiger Lagerung, Erzeugername und Kontaktmöglichkeiten enthalten. Auf Unverträglichkeiten bei diversen Krankheiten oder Schwangerschaft sollte ausdrücklich hingewiesen werden (World Health Organization, 1999).

Die U.S. Food and Drug Administration warnt auf ihrer Homepage (<http://www.fda.gov/>) vor im Internet erhältlichen nicht zugelassenen Medikamenten und Fälschungen und weist auf Online-Apotheken hin, die derartige Produkte vertreiben. Swissmedic (2005) gibt im Internetleitfaden Adressen von Seiten an, die detaillierte Informationen zum Thema Online-Pharmaka bieten. Hier werden etwa Health On the Net Foundation (<http://www.hon.ch/>) oder das Projekt Discern bezüglich Qualitätskriterien von Patienteninformationen (<http://www.discern.org.uk/>) angeführt.

## 8. Zur Rechtslage des Arzneimittel-Versandhandels

In der EU ist der Arzneimittel-Versandhandel erlaubt, es steht jedoch jedem Mitgliedsstaat frei, den Versandhandel mit verschreibungspflichtigen Medikamenten zu untersagen. Einschränkungen des grenzüberschreitenden Handels von zugelassenen Arzneimitteln dürfen aber nur so weit erfolgen, wie dies für den wirksamen Schutz der Gesundheit und des Lebens notwendig ist (Gerichtshof der Europäischen Gemeinschaften, 2003). In Deutschland ist der Betrieb von Versandapotheken seit 1. Januar 2004 gesetzlich erlaubt (Österreichische Apothekerkammer, 2004). Eine Versandapotheke muss hier gleichzeitig Betreiber einer herkömmlichen Apotheke vor Ort sein und fachlich ausgebildetes Personal für Informationen zur Verfügung stellen, das auf etwaige gesundheitliche Risiken verweist. Die Lieferung muss innerhalb von zwei Tagen erfolgen und direkt an den Empfänger ausgehändigt werden. Überdies muss der Kunde die Möglichkeit haben, den Zahlungsmodus frei zu wählen und den Lieferstatus in einem Abrufsystem zu verfolgen (Emrich, 2004). In Österreich ist der Versandhandel mit Arzneimitteln verboten. Es dürfen auch keine rezeptpflichtigen oder in Österreich nicht zugelassenen Medikamente aus dem Ausland bezogen werden. Lediglich in Österreich zugelassene OTC-Produkte dürfen über den Versandhandel grenzüberschreitend erworben werden (Österreichische Apothekerkammer, 2008). Auch in der Schweiz ist der Versandhandel mit Arzneimitteln grundsätzlich untersagt, eine Bewilligung wird nur unter Einhaltung strenger Auflagen erteilt (Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft, 2007).

Zum Schutz der Konsumenten hat die EU im Jahr 2000 das Fernabsatzgesetz erlassen, das dem Unternehmer Informationspflichten vorschreibt und dem Verbraucher ein Rücktrittsrecht einräumt (Seherschön, 2001). Die Globalität des Internet stellt aber für den Rechtsvollzug ein großes Problem dar, weil noch nicht

unter allen Ländern eine diesbezügliche Kooperation besteht; staatliche Organisationen verschiedener Länder sind jedoch um Zusammenarbeit bemüht (Henney, 2001).

## 9. Résumé

Durch die rasche Informationsvermittlung trägt das Internet wesentlich zur Steigerung des Gesundheitsbewusstseins der Menschen bei. Das vermehrte Bedürfnis nach gesundheitsbezogener Eigenverantwortlichkeit führt auch zu erhöhtem Interesse an Selbstmedikation. Diese unterstützt einerseits die Prävention von Krankheiten und andererseits die Förderung von Gesundheit. Somit bietet Selbstmedikation nicht nur Vorteile für Einzelpersonen, sondern stellt auch eine enorme Entlastung für das Gesundheitswesen dar, in dem Ressourcen generell knapp sind. Bei inadäquatem Einsatz der Selbstmedikation können sich jedoch verschiedene gesundheitliche Gefahren ergeben. Die Identifizierung von Risiken, die mit dem zunehmenden Wunsch nach medizinischer und gesundheitlicher Selbstbestimmung einhergehen, ist wichtiger Ansatzpunkt für die gesundheitspsychologische Tätigkeit hinsichtlich präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen. Auch die Gesundheitspsychologie kann wesentlich von den neuen Medien profitieren, da über diese verschiedenste Bevölkerungsgruppen erreichbar sind.

Durch das hohe Informationsniveau und die gute gesundheitsbezogene Bildung werden die Menschen immer stärker zu mündigen Kunden medizinischer, aber auch psychosozialer Leistungen. So sind sämtliche Berufsgruppen im Gesundheitsbereich mit dem „informierten Patienten“ bzw. dem „informierten Klienten“ konfrontiert. Dies kann als Herausforderung betrachtet werden und Ansporn zu ständiger Weiterbildung sowie zur eigenen Beschäftigung mit den neuen Medien geben.

## 10. Literatur

- ABBOTT F. V. & FRASER M. I. (1998). Use and abuse of over-the-counter analgesic agents. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 23, 13–34.
- ASSOCIATION OF THE EUROPEAN SELF-MEDICATION INDUSTRY. (2007). *AESGP facts & figures*. Retrieved November 29, 2007, from <http://www.aesgp.be/publications/Facts-Figures.asp>
- BANDURA A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- BEITZ R., DÖREN M., KNOPF H. & MELCHERT H.-U. (2004). Selbstmedikation mit Over-the-Counter-(OTC-) Präparaten in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 47, 1043–1050.

#### IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

- BLESS H. & IGOU E. R. (2006). Stimmung und Informationsverarbeitung.  
In: Bierhoff H.-W. & Frey D. (Hrsg.), *Handbuch der Sozialpsychologie und Kommunikationspsychologie* (S. 423–429). Göttingen: Hogrefe.
- BLEY T. & PISCHKE K. (2006). *Prinzipien zur Gestaltung von hedonischen Qualitäten am Beispiel von Online-Apotheken*. Diplomarbeit, Technische Universität Dresden.  
Abgefragt 10.10.2007, von [http://web.inf.tu-dresden.de/mg/\\_downloads/\\_files/2006\\_DA\\_BleyPischke.pdf](http://web.inf.tu-dresden.de/mg/_downloads/_files/2006_DA_BleyPischke.pdf)
- BRANN M. & ANDERSON J. G. (2002). E-medicine and health care consumers: Recognizing current problems and possible resolutions for a safer environment. *Health Care Analysis*, 10, 403–415.
- BREUER R. (2000). Marketing im Zeichen eines reifen OTC-Marktes: Kernkompetenzen im Verdrängungswettbewerb. In: Breuer R. & Winter K.-H. (Hrsg.), *OTC-Marketingmanagement. Neue Schwerpunkte in Marketing und Vertrieb* (S. 71–87). Wiesbaden: Gabler.
- BUNDESBEHÖRDEN DER SCHWEIZERISCHEN EIDGENOSSENSCHAFT. (2007). *Bundesgesetz über Arzneimittel und Medizinprodukte (Heilmittelgesetz, HMG)*. Abgefragt 22.01.2008, von <http://www.admin.ch/ch/d/sr/8/812.21.de.pdf>
- BUNDESVERBAND DER ARZNEIMITTEL-HERSTELLER E.V. (2001). *Selbstmedikation – Was versteht man darunter?* Abgefragt 05.09.2007, von <http://www.bah-bonn.de/arzneimittel/allgemeines/selbstmedikation.htm>
- BUNDESVERBAND DER ARZNEIMITTEL-HERSTELLER E.V. (2005). *Der Arzneimittelmarkt in Zahlen. Verordnungsmarkt und Selbstmedikation*. Abgefragt 26.11.2007, von <http://www.bah-bonn.de/forum/zahlen/Markt2005.pdf>
- BUSINESS SOLUTIONS MEDICINE ONLINE GMBH. (2007). *Was ist Selbstmedikation? Eine wichtige Säule im Gesundheitssystem*. Abgefragt 14.12.2007, von [http://www.lifeline.de/lispecial/ueber\\_selbstmedikation/content-121604.html](http://www.lifeline.de/lispecial/ueber_selbstmedikation/content-121604.html)
- COTTEN S. R. & GUPTA S. S. (2004). Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Social Science & Medicine*, 59, 1795–1806.
- DEUTSCHE HAUPTSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN E.V. & BUNDESVERBAND DER BETRIEBSKRANKENKASSEN (2004). *Nicht mehr alles schlucken ...! Frauen. Medikamente. Selbsthilfe. Ein Handbuch*. Abgefragt 10.12.2007, von [http://www.bkk.de/bkk/common/download/infomaterial/nicht\\_mehr\\_alles\\_schlucken.pdf](http://www.bkk.de/bkk/common/download/infomaterial/nicht_mehr_alles_schlucken.pdf)
- DUTTA-BERGMAN M. J. (2004a). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among Internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 6, e15. Retrieved May 2, 2007, from <http://www.jmir.org/2004/2/e15>
- DUTTA-BERGMAN M. J. (2004b). Primary sources of health information: Comparisons in the domain of health attitudes, health cognition, and health behaviors. *Health Communication*, 16, 273–288.
- ELIAS N. (2004). *Internet ist wichtigstes Informationsmedium zum Thema Gesundheit*. Abgefragt 25.11.2007, von [http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin\\_gesundheit/bericht-30787.html](http://www.innovations-report.de/html/berichte/medizin_gesundheit/bericht-30787.html)
- EMRICH O. (2004). *Apotheken im Internet – Versandhandel von Arzneimitteln*. Abgefragt 18.12.2007, von [http://www.ecc-handel.de/apotheken\\_im\\_internet\\_-\\_versandhandel\\_von.php](http://www.ecc-handel.de/apotheken_im_internet_-_versandhandel_von.php)

- ERNST E. (1998). Harmless herbs? A review of the recent literature. *American Journal of Medicine*, 104, 170–178.
- EYSENBACH G. & DIEPGEN T. L. (1999). Das Internet: Bedeutung für Prävention, Gesundheitsförderung und Evidenz-basierte Medizin. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Abgefragt 21.11.2007, von [http://yi.com/home/EysenbachGunther/publications/1999/eysenbach1999d\\_dmw\(gbti\).htm](http://yi.com/home/EysenbachGunther/publications/1999/eysenbach1999d_dmw(gbti).htm)
- FORKNER-DUNN J. (2003). Internet-based patient self-care: The next generation of health care delivery. *Journal of Medical Internet Research*, 5, e8. Retrieved October 22, 2007 from <http://www.jmir.org/2003/2/e8>
- FORSCHUNGSGRUPPE WAHLEN ONLINE GMBH. (2004). *Selbstmedikation und Internet*. Abgefragt 07.12.2007, von [http://www.forschungsgruppe.de/Studien/Studien-Archiv/Selbstmedikation/Selbstmedik\\_Internet.pdf](http://www.forschungsgruppe.de/Studien/Studien-Archiv/Selbstmedikation/Selbstmedik_Internet.pdf)
- FOX S. (2004). *Prescription drugs online*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 17, 2007, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Prescription\\_Drugs\\_Online.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Prescription_Drugs_Online.pdf)
- FOX S. (2005). *Health information online*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 17, 2007, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Healthtopics\\_May05.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Healthtopics_May05.pdf)
- FOX S. (2006). *Online health search 2006*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 17, 2007, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Online\\_Health\\_2006.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Health_2006.pdf)
- FOX S. (2007). *E-patients with a disability or chronic disease*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 17, 2007, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/EPatients\\_Chronic\\_Conditions\\_2007.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/EPatients_Chronic_Conditions_2007.pdf)
- FOX S. & RAINIE L. (2002). *Vital decisions. How Internet users decide what information to trust when they or their loved ones are sick*. Washington, D.C.: Pew Internet & American Life Project. Retrieved October 20, 2007, from [http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP\\_Vital\\_Decisions\\_May2002.pdf](http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Vital_Decisions_May2002.pdf)
- GERICHTSHOF DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN. (2003). *Pressemitteilung N° 113/03. Urteil des Gerichtshofes im Vorabentscheidungsverfahren C-322/01*. Abgefragt 18.12.2007, von <http://curia.europa.eu/de/actu/communiques/cp03/aff/cp03113de.htm>
- GESUNDHEIT.DE. (2005). *Arzneimittelsucht: Jeder Neunte über 50 ist gefährdet*. Abgefragt 28.11.2007, von <http://www.gesundheit.de/medizin/medikamente/arzneimittelsucht/index.html>
- GYSLING E. (1998). Selbstmedikation. *Pharma-kritik*, 20, 17. Abgefragt 14.11.2007, von <http://www.infomed.org/pharma-kritik/pk17a-98.html>
- HARTH W. (2006). Lifestyle-Medizin und Wunschbehandlungen. Von modernen Wunderpillen und Operationssucht: Auf der Suche nach dem ewigen Jungbrunnen und Arcanum. *Aktuelle Dermatologie*, 32, 38–43.
- HEALTH ON THE NET FOUNDATION. (2005). *Analysis of 9th HON survey of health and medical Internet users*. Retrieved October 16, 2007, from <http://www.hon.ch/Survey/Survey2005/res.html>
- HENKEL J. (2000). Buying drugs online: It's convenient and private, but beware of "rogue sites". *FDA Consumer*, 34 (1). Retrieved November 9, 2007, from [http://www.fda.gov/fdac/features/2000/100\\_online.html](http://www.fda.gov/fdac/features/2000/100_online.html)

#### IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

- HENNEY J. E. (2001). Cyberpharmacies and the role of the US Food and Drug Administration. *Journal of Medical Internet Research*, 3, e3. Retrieved October 10, 2007, from <http://www.jmir.org/2001/1/e3>
- HOFMANN R. (2000). OTC/SM-Switch am Beispiel von niedrig dosierten H<sub>2</sub>-Antagonisten. In: Breuer R. & Winter K.-H. (Hrsg.), *OTC-Marketingmanagement. Neue Schwerpunkte in Marketing und Vertrieb* (S. 187–201). Wiesbaden: Gabler.
- HOUSTON T. K. & ALLISON J. J. (2002). Users of Internet health information: Differences by health status. *Journal of Medical Internet Research*, 4, e7. Retrieved May 2, 2007, from <http://www.jmir.org/2002/2/e7>
- HUGHES B. (2004). Six million people have bought prescription drugs online; most are satisfied. Lipitor, Viagra and Celebrex top the list of drugs bought online. *Wall Street Journal Online*, 3 (6). Retrieved November 21, 2007, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/wsjhealthnews/WSJOnline\\_HI\\_Health-CarePoll2004vol3\\_iss06.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/wsjhealthnews/WSJOnline_HI_Health-CarePoll2004vol3_iss06.pdf)
- INTERESSENGEMEINSCHAFT ÖSTERREICHISCHER HEILMITTELHERSTELLER UND DEPOSITEURE. (2006). *Eigenverantwortung im Gesundheitswesen. Selbstmedikation und Patientenverhalten*. Abgefragt 18.11.2007, von <http://igepha.zyler.net/pages/images/Selbstmedikation%20und%20Patientenverhalten.pdf>
- KILIAN K. (2007). *Arznei-Versandhandel: Status Quo*. Abgefragt 20.10.2007, von [http://www.bvdva.de/fileadmin/content/pdf/Daten\\_und\\_Fakten\\_zum\\_Versandhandel\\_okt\\_07.pdf](http://www.bvdva.de/fileadmin/content/pdf/Daten_und_Fakten_zum_Versandhandel_okt_07.pdf)
- KLOTZ T. (2003). „Lifestyle-Medizin“ und Rationierung – Was bringt die Zukunft? *Blickpunkt der Mann*, 1, 29–31.
- KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN. (2002). *Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen. eEurope 2002: Qualitätskriterien für Websites zum Gesundheitswesen*. Abgefragt 10.11.2007, von [http://www.europa.eu.int/information\\_society/eeurope/ehealth/doc/communication\\_acte\\_de\\_fin.pdf](http://www.europa.eu.int/information_society/eeurope/ehealth/doc/communication_acte_de_fin.pdf)
- KÖNIG D., STETINA B. U., STANGL O. G. & KRYSPIN-EXNER I. (2008). Gesundheitspsychologische Aspekte der Internetnutzung in Zusammenhang mit gesundheitsbezogener Informationssuche und Pharmakabezug über das World Wide Web. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16, 89–94.
- MANHATTAN RESEARCH. (2007). *European consumers seeking health and pharmaceutical information. How technology and evolving media choices are shifting the landscape*. Retrieved November 11, 2007, from [http://www.manhattanresearch.com/files/Cybercitizen\\_Health\\_\(clients\)/CCH\\_EUROPE/Version\\_7.0/European\\_Consumers\\_Seeking\\_Health\\_Information\\_by\\_Manhattan\\_Research.pdf](http://www.manhattanresearch.com/files/Cybercitizen_Health_(clients)/CCH_EUROPE/Version_7.0/European_Consumers_Seeking_Health_Information_by_Manhattan_Research.pdf)
- MAY U. & WASEM J. (2003). Medizinische Risiken versus ökonomische Chancen der gesundheitlichen Eigenverantwortung. Eine modelltheoretische Analyse am Beispiel der Therapie mit rezeptfreien Arzneimitteln. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 8, 31–38.
- MEAD N., VARNAM R. & ROLAND M. (2003). What predicts patients' interest in the Internet as a health resource in primary care in England? *Journal of Health Services Research & Policy*, 8, 33–39.



- MEDICAL LIBRARY ASSOCIATION. (2007). *A user's guide to finding and evaluating health information on the web*. Retrieved November 22, 2007, from <http://www.mlanet.org/resources/userguide.html>
- MILLER L. G. (1998). Herbal medicinals. Selected clinical considerations focusing on known or potential drug-herb interactions. *Archives of Internal Medicine*, 158, 2200–2211.
- MORAHAN-MARTIN J. M. (2004). How Internet users find, evaluate, and use online health information: A cross-cultural review. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 497–510.
- MÜHLHAUSEN C. (2002). Die neue Lifestyle-Medizin. High Touch Dienstleistungen bestimmen das Gesundheitswesen der Zukunft. *Urologe B*, 42, 14–17.
- OPENPR. (2007). *Rx to OTC switch – Möglichkeiten und Anforderungen bei Entlassung aus Verschreibungspflicht*. Abgefragt 01.12.2007, von <http://openpr.de/news/121121/Rx-to-OTC-Switch-Moeglichkeiten-und-Anforderungen-bei-Entlassung-aus-Verschreibungspflicht.html>
- ÖSTERREICHISCHE APOTHEKEREKAMMER. (2004). *Medikamente gehören in die Apotheke. Warum Internethandel und Postversand von Medikamenten in Österreich keine Chance haben*. Abgefragt 30.10.2007, von [http://www.apotheker.or.at/internet/OEAK/NewsPresse\\_1\\_o\\_oa.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=876D2ED463545329C1256FoE00433EF6&fsn=f\\$StartHomeNews&iif=o](http://www.apotheker.or.at/internet/OEAK/NewsPresse_1_o_oa.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=876D2ED463545329C1256FoE00433EF6&fsn=f$StartHomeNews&iif=o)
- ÖSTERREICHISCHE APOTHEKEREKAMMER. (2008). *Arzneimittelgesetz*. Abgefragt 21.01.2008, von [http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse\\_1\\_o\\_oa.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=21404E7D1E4B5D24C1256B45003385EA&fsn=f\\$StartHomeFachinfo&iif=o](http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_o_oa.nsf/agentEmergency!OpenAgent&p=21404E7D1E4B5D24C1256B45003385EA&fsn=f$StartHomeFachinfo&iif=o)
- PANDEY S. K., HART J. J. & TIWARY S. (2003). Women's health and the Internet: Understanding emerging trends and implications. *Social Science & Medicine*, 56, 179–191.
- PROVOST M., PERRI M., BAUJARD V. & BOYER C. (2003). *Opinions and e-health behaviours of patients and health professionals in the U.S.A. and Europe. Online tables*. Retrieved November 21, 2007, from [http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6\\_Professionals\\_Patients-USAvsEurope.html](http://www.hon.ch/Survey/Spring2002/Tables1-6_Professionals_Patients-USAvsEurope.html)
- RABBATA S. (2005). Medikamentenmissbrauch. Die stille Sucht. *Deutsches Ärzteblatt PP*, 4, 207.
- REGIO-PRESS-MEDIEN. (2007). *Internet-Apotheken*. Abgefragt 08.10.2007, von <http://www.regio-press-medien.de/internet2.htm>
- SAJOGO I. (2004). *Der Übergang zwischen Selbstmedikation und ärztlicher Pharmakotherapie. Befragung von Patienten und ihren Hausärzten*. Dissertation, Georg-August-Universität Göttingen. Abgefragt 14.11.2007, von [http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=978965760&dok\\_var=d1&dok\\_ext=pdf&filename=978965760.pdf](http://deposit.ddb.de/cgi-bin/dokserv?idn=978965760&dok_var=d1&dok_ext=pdf&filename=978965760.pdf)
- SCHWARZER R. & RENNER B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. überarbeitete und erweiterte Aufl.) (S. 43–66). Göttingen: Hogrefe.
- SCHWARZER R. & RENNER B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487–495.
- SEHRSCHEIN U. (2001). *Fernabsatzgesetz*. Abgefragt 23.11.2007, von <http://rechtsprobleme.at/doks/fernabsatz.html>



#### IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

- STIFTUNG WARENTEST. (2005). Auwwwweh! Versandapotheken. Test, 3, 86–92. Abgefragt 22. II. 2007, von <http://www.test.de/filestore/t200503086.pdf?path=/protected/87/94/9d1c9d38-4a65-4eb9-9525-a337deb815f7-protectedfile.pdf&key=C9FFoA873FD2EDCC543821EE51156D424A4A8F24>
- STIFTUNG WARENTEST. (2007). *Test: Versandapotheken. Kommentartext*. Abgefragt 23. II. 2007, von <http://www.test.de/filestore/kommentartext.pdf?path=/87/41/4483ec9d-0c14-4646-90e9-ff93a1750247-Kommentar.pdf&key=C638F89AD94E4EoBD8EF1F44DB1849240E035A47>
- SWISSMEDIC. (2005). *Arzneimittel & Internet. Internetleitfaden*. Abgefragt 10. II. 2007, von <http://www.swissmedic.ch/files/pdf/Internetleitfaden-D.pdf>
- TARDY R. W. & HALE C. (1998). Getting “plugged in”: A network analysis of health-information seeking among “stay-at-home moms”. *Communication Monographs*, 65, 336–357.
- TAYLOR H. & LEITMAN R. (2002a). 4-country survey finds most cyberchondriacs believe online health care information is trustworthy, easy to find and understand. *Health Care News*, 2 (12). Retrieved November 17, 2007, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2002Vol2\\_Iss12.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss12.pdf)
- TAYLOR H. & LEITMAN R. (2002b). Four-nation survey shows widespread but different levels of Internet use for health purposes. *Health Care News*, 2 (11). Retrieved November 17, 2007, from [http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI\\_HealthCareNews2002Vol2\\_Iss11.pdf](http://www.harrisinteractive.com/news/newsletters/healthnews/HI_HealthCareNews2002Vol2_Iss11.pdf)
- UNITED STATES GENERAL ACCOUNTING OFFICE. (2004). *Internet pharmacies. Some pose safety risks for consumers*. Retrieved November 6, 2007, from <http://www.gao.gov/new.items/do4820.pdf>
- U.S. FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. (2007). *The possible dangers of buying medicine online*. Retrieved November 22, 2007, from <http://www.fda.gov/consumer/features/drugonline0707.pdf>
- VOGLER S. & HABL C. (2001). *E-Pharma. Arzneimittelvertrieb im Internet. Kurzfassung*. Abgefragt 11. II. 2007, von [http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse\\_1\\_o\\_oa.nsf/ca4d14672a08756bc125697d004f8841/59c4fea4f1df5f44c1256b890033b788/\\$FILE/Kurzfassung%20oder%20%C3%96BIG-Studie%20Arzneimittelvertrieb%20im%20Internet.pdf](http://www.apotheker.or.at/Internet/OEAK/NewsPresse_1_o_oa.nsf/ca4d14672a08756bc125697d004f8841/59c4fea4f1df5f44c1256b890033b788/$FILE/Kurzfassung%20oder%20%C3%96BIG-Studie%20Arzneimittelvertrieb%20im%20Internet.pdf)
- WAGNER O. (2004). *Internet-Apotheken bei Senioren sehr beliebt*. Abgefragt 17. II. 2007, von <http://www.digitale-chancen.de/content/news/index.cfm/key.1140/schrift.2>
- WALLUF-BLUME D. (2000). Gesellschaftliche und politische Rahmenbedingungen für den Selbstmedikationsmarkt Deutschland. In: Breuer R. & Winter K.-H. (Hrsg.), *OTC-Marketingmanagement. Neue Schwerpunkte in Marketing und Vertrieb* (S. 35–54). Wiesbaden: Gabler.
- WASEM J. & MAY U. (2000). Die Selbstmedikation im deutschen Gesundheitswesen unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Aspekte: Konsequenzen für die Arzneimittel-Hersteller. In: Breuer R. & Winter K.-H. (Hrsg.), *OTC-Marketingmanagement. Neue Schwerpunkte in Marketing und Vertrieb* (S. 3–33). Wiesbaden: Gabler.

- WINTER K.-H. (2000). Spielregeln des OTC-Marketing im Mass-Market.  
In R. Breuer & K.-H. Winter (Hrsg.), *OTC-Marketingmanagement. Neue Schwerpunkte in Marketing und Vertrieb* (S. 263–292). Wiesbaden: Gabler.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1999). *Medical Products and the Internet. A guide to finding reliable information*. Retrieved November 22, 2007, from <http://www.tga.gov.au/docs/pdf/whointer.pdf>
- WORLD HEALTH ORGANISATION. (2006). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgefragt 07.12.2007, von [http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827\\_2?language=German](http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German)
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2007). *Frequently asked questions*. Retrieved October 21, 2007, from <http://www.who.int/suggestions/faq/en/>

# Abhängigkeit und Internet-Applikationen: Spiele, Kommunikation und Sex-Webseiten

David Šmahel, Anna Ševčíková, Lukas Blinka und Martina Veselá\*

## 1. Einleitung: Gibt es Internetabhängigkeit?

Internetabhängigkeit ist bisher kein klar definierter Begriff, es ist keine eindeutig spezifizierte Störung mit konkreten Symptomen. Unter Fachleuten selbst herrscht Uneinigkeit darüber, ob es „Internetabhängigkeit“ überhaupt gibt beziehungsweise ob in diesem Kontext der Begriff „Abhängigkeit“ berechtigt benutzt werden kann. Derzeit stimmen einige Forscher überein, dass die übermäßige Internetnutzung einen negativen Einfluss auf das Leben eines Individuums haben kann (Morahan-Martin & Schumacher, 2003; Schneider, 2000). Beard und Wolf (2001) meinen beispielsweise, dass „problematische Internetnutzung“ dann besteht, wenn es psychologische, soziale, schulische oder arbeitsbezogene Probleme im Leben einer Person verursacht. Aus diesem Blickwinkel betrachtet stellt das Phänomen der (potenziellen) „Internetabhängigkeit“ ein Problem dar, das unsere Beachtung verdient, auch wenn es von Forschern im unterschiedlichen Kontext verschieden bezeichnet wird.

Einen bedeutenden Beitrag bei der Entstehung des Begriffs „Internetabhängigkeit“ hat der Psychiater Ivan Goldberg geleistet, der im Jahre 1995 die Kriterien für die Diagnose von Internetabhängigkeit veröffentlichte (Goldberg, 1995). Er imitierte das Format der Kriterien aus dem DSM-IV mit dem Ziel, die scientific community dazu zu bewegen, die Zweckmäßigkeit der Einführung neuartiger Diagnosen kritisch zu bewerten. Sein Artikel führte jedoch dazu, dass der Begriff „Internetabhängigkeit“ in bestimmten akademischen Kreisen diskutiert und eingeführt wurde (Ng & Wiemer-Hastings, 2005; Young, 1999).

---

\* Korrespondenzadresse: David Šmahel, Faculty of Social Studies, Masaryk University, Czech Republic

\*\* Die Autoren danken dem tschechischen Ministerium für Bildung, Jugend und Sport (MSM0021622406)

Der Psychologe John Grohol (2005) bezeichnet den Beitrag von Goldberg sogar als „hoax“ (als Hoax wird eine Falschmeldung bezeichnet, die per Email, Instant Messenger Programmen oder SMS versendet wird) und verurteilt vor allem die Pathologisierung alltäglicher Probleme. Er lehnt die Verwendung des Begriffs „Abhängigkeit“ und die Einführung der neuen diagnostischen Kategorie ab. Seiner Meinung nach handelt es sich bei den meisten Menschen, die sich als „internetabhängig“ betrachten, um eine Unfähigkeit zu einer Konflikt- und Problemlösung in ihrem Leben. Grohol weist ferner darauf hin, dass die ursprünglichen Forschungen zur „Internetabhängigkeit“ als explorative Forschungen ohne Aussagekraft über kausale Beziehungen begannen. Deswegen seien Schlussfolgerungen dieser Studien rein spekulativ und subjektiv.

Ein Verfechter des Begriffs der Abhängigkeit im Zusammenhang mit Computer und Internet ist der britische Psychologe Mark Griffiths (z.B. 2000a, 2000b). Er meint, dass Internetabhängigkeit die gleichen charakteristischen Eigenschaften habe wie alle anderen Abhängigkeiten, einschließlich derjenigen von chemischen Stoffen. Wesentliche Kriterien einer Internetabhängigkeit sind starke Inanspruchnahme („salience“), Stimmungsveränderungen, Toleranz- und Abstinenzsymptome sowie inter- und intraindividuelle Konflikte. Jegliches Verhalten einschließlich der Internetnutzung, das diese sechs Kriterien erfüllt, kann nach Griffiths als Abhängigkeit verstanden werden.

In einer Studie verglichen Charlton und Danforth (2004) Studierende mit Teilnehmern an Online-Spielen, an denen einige tausende Spieler gleichzeitig teilnehmen können (siehe auch nächste Abschnitte dieses Kapitels), und zwar aus der Sicht des Auftretens der von Griffiths benutzten Abhängigkeitskriterien. Eine Faktoranalyse förderte zwei Hauptfaktoren zutage: „high engagement“ und „addiction“. Beide Begriffe sind mit einem großen Maß an Computernutzung verbunden, aber der Faktor „high engagement“ ist nicht pathologisch. Mit dem Faktor „high engagement“ wurden euphorische Stimmungen, die Erhöhung der Toleranz und die gedankliche Faszination durch das Internet beschrieben. Mit „addiction“ wurden Entwöhnungsprobleme, die Rückkehr von Symptomen und die vollständige Faszination durch das Internet bezeichnet, die sich im Verhalten des Nutzers direkt manifestierte, indem es z.B. zu Konflikten mit anderen Menschen, sowie zum Hintanstellen der Erledigung von Alltagsaufgaben kam. Vor allem letztere Kriterien einer Internetabhängigkeit halten die Autoren für zentral. Sie machen darauf aufmerksam, dass nach den Kriterien von Griffiths viele Menschen als abhängig gelten könnten, was den tatsächlichen Gegebenheiten nicht entspricht.

Der Begriff „Internetabhängigkeit“ assoziiert eine Abhängigkeit vom Internet als solchem. Dabei sind es eher die einzelnen Anwendungsbereiche im Internet, die gewohnheitsmäßig bis „süchtig“ ausgeführt werden (Meerkerk et al., 2006; Young 1999). Genauer gesagt kann das Abhängigkeitspotenzial bestimmter Anwendungsbereiche Tätigkeiten und Verhaltensweisen hervorrufen, welche erst durch die dazu gehörige Internetumgebung ermöglicht werden. Man muss solche spezifischen Eigenschaften jeder Internetanwendung beachten, die für die Nutzer

anziehend sind und für die Entwicklung einer Internetabhängigkeit potenziell risikoreich sein könnten.

Außer suchtgefährdenden Eigenschaften des Internets selbst kann man auch einige Nutzergruppen finden, die sich als anfällig in Bezug auf die Entwicklung einer Abhängigkeit erweisen. Zu einer solchen Gruppe werden vor allem Studierende gezählt (Hall & Parsons, 2001). Wir vermuten jedoch, dass es möglicherweise erst durch die Verfügbarkeit der Studierenden als Forschungsobjekte verursacht wird. Nach Chak und Leung (2004) sowie Young (2003) lässt sich dies darauf zurückführen, dass viele Studenten oft über einen unbeschränkten kostenlosen Internetzugang und unstrukturierte Zeit verfügen.

Forschungen zur Internetabhängigkeit konzentrieren sich meist auf jüngere Altersgruppen, da diese durch oben genannte Faktoren eher anfällig für eine Internetabhängigkeit und mehr im Internet vertreten sind. Bezüglich einzelner Anwendungen im Kontext der Abhängigkeit werden vor allem Online-Spiele, Cybersex (Online-Kommunikation mit sexueller Ausrichtung), Online-Pornographie und auch das Phänomen der Online-Kommunikation (Online-Messengers, Diskussionsforen usw.) erforscht. Auf diese Bereiche wird später noch ausführlicher eingegangen. Eine Beschränkung auf einzelne Bereiche bedeutet allerdings nicht, dass es nicht auch andere Anwendungen oder Faktoren gibt, die eine Tendenz zur Abhängigkeit fördern können, wie beispielsweise Übersättigung durch Informationen („Information-Overload“), für die obsessives Suchen im Internet beziehungsweise in Datenbanken oder das Online-Einkaufen charakteristisch ist (Young, 1999).

## 2. Übermäßige Kommunikation: Abhängigkeit von Online-Beziehungen

Wie bereits beschrieben, gibt es im Internet verschiedene Möglichkeiten der Kommunikation. Zu den Anwendungen, die beidseitige Kommunikation ermöglichen, gehören z.B. interaktive Spiele, News Groups, Online Messengers (z.B. MSN, Jabber, ICQ – aus der Wortverbindung „I Seek You“) oder E-Mail. Young (1996) stellte in einer ihrer ersten Forschungsarbeiten zu diesem Thema fest, dass nicht abhängige Nutzer vor allem Informationen im Internet suchen (beispielsweise Nutzung von Suchprogrammen), während abhängige User vor allem Kommunikationsangebote nutzen.

Ein wesentlicher Faktor von Online-Kommunikation ist die beschleunigte „Intimität“ – User sind auf dem virtuellen Weg viel schneller und eher bereit, persönliche Informationen auszutauschen. So meinen beispielsweise King (1996) und Young (1997), wenn ein Individuum intime Mitteilungen von einem anderen Menschen bekommt und auch selber einiges über sich verrät, so entsteht das Bedürfnis, diese Beziehung fortzusetzen und in dieser Form Unterstützung zu erhalten, die man in der realen Welt vermisst. Das Internet bietet die Befriedigung des

Bedürfnisses nach sozialem Kontakt und sozialer Unterstützung. Daraus resultiert die Sehnsucht, Online-Freunde in der virtuellen sozialen Welt erneut aufzusuchen. Aus dieser Sicht ist jedoch die Bezeichnung „Abhängigkeit“ zu hinterfragen, denn demnach könnte jeder aufgrund der Befriedigung seiner sozialen Kontaktbedürfnisse als „abhängig“ bezeichnet werden. Die virtuelle Umgebung ist in diesem Kontext nicht automatisch pathologisch. Eine Unterstützung über diesen Weg kann für eine Person manchmal ein großer Gewinn sein. Problematisch wird es jedoch dann, wenn sich ein Individuum in die virtuelle Welt „einschließt“ und nur noch virtuelle Freunde als einzige Quelle derartiger Unterstützung vorhanden sind.

Das Internet kann somit für manche User eine sichere Umgebung für soziale Interaktion bedeuten. Koch & Pratarelli (2004) meinen, dass das Internet die mit einer Interaktion mit realen Partnern verbundenen Befürchtungen, wie z.B. die Angst vor Ablehnung, eliminiert. Damit hängen auch Forschungsansätze zusammen, die die Beziehungen zwischen den Persönlichkeitseigenschaften des Nutzers und einem übermäßigen Internetgebrauch verfolgen. Interessant sind in diesem Kontext auch Studien, die sich mit der Beziehung zwischen der Einsamkeit und der Kommunikation im Internet beschäftigen. Nach Morahan-Martin und Schumacher (2003) kann im Allgemeinen von zwei gegenläufigen Hypothesen gesprochen werden. Die erste Hypothese besagt, dass die Internetnutzung die Ursache der Einsamkeit ist. Die Nutzer verbringen zu viel Zeit online und engagieren sich oft in virtuellen anstatt realen Beziehungen. Eine Online-Kommunikation würde nach dieser Theorie Barrieren zwischen Menschen auch dann bilden, wenn sie sich untereinander kennen (siehe Kraut et al., 1998). An der Untersuchung von Kraut und Kollegen nahmen 93 Haushalte teil, die vorher das Internet nicht benutzt hatten. Nach den ersten zwölf bis achtzehn Monaten regelmäßiger Internetnutzung zeigte sich, dass in den Haushalten, die das Internet häufig nutzten, die Familienmitglieder sich schrittweise weniger in soziale Aktivitäten eingliederten und einsamer waren. Diese Veränderungen traten dabei auch auf, wenn Online-Kommunikation die dominierende Aktivität im Internet war. Ergebnisse anderer Studien kamen allerdings zu entgegengesetzten Schlussfolgerungen. Dieselbe Arbeitsgruppe (Kraut et al., 2002) revidierte später die Ergebnisse ihrer Forschung, indem sie zeigte, dass die weitere Internetnutzung eher zu positiven Folgen führt (eine stärkere Einbindung in Offline-Beziehungen, mehr und bessere Face-to-Face-Kommunikation, bessere Laune, niedrigere Einsamkeitswerte). Dies gilt aber vor allem für extrovertierte Menschen und Menschen mit qualitativ hochwertigen sozialen Beziehungen. Für introvertierte User kann die Internetnutzung entgegengesetzte Folgen aufweisen. Ein weiterer wichtiger Punkt ist nach Morahan-Martin und Schumacher (2003) auch der Umstand, dass eine niedrigere Anzahl an sozialen Kontakten mit Einsamkeit verwechselt wird, was nicht zwingend so ist.

Die zweite Hypothese setzt voraus, dass einsame Menschen gezielt Interaktionsformen suchen, die das Internet bietet. Dank der Anonymität und dem fehlenden direkten Kontakt mit dem Gegenüber kann hier leicht und sicher ein Gefühl der Zusammengehörigkeit und der Freundschaft kompensiert werden, das im

realen Leben fehlt. Bei einigen kann dies zu einem erhöhten online verbrachten Zeitausmaß und somit zur möglichen Entwicklung des Abhängigkeitsverhaltens führen. Demnach stehen sich zwei Ansätze gegenüber: Einerseits wird Einsamkeit als veränderlicher Situationszustand (Internet als Ursache der Einsamkeit), andererseits als Persönlichkeitszug (einsame Menschen werden vom Internet angezogen) gesehen (Morahan-Martin & Schumacher, 2003).

Sowohl einsamen als auch schüchternen Menschen bietet das Internet in ähnlicher Weise eine sichere Umgebung, in der sie ohne Angst vor der Anwesenheit anderer Leute kommunizieren und dementsprechend größere Tendenzen zur Entstehung einer Abhängigkeit haben können (Chak & Leung, 2004). Schüchterne Menschen sind im Internet weniger gehemmt und imstande, eine Menge (virtueller) Beziehungen zu knüpfen – anders als im realen Leben. Ein solches „Training“ kann bei diesen Menschen sogar zur Verbesserung der Kommunikation auch in realen Beziehungen führen. Allerdings muss auch hier betont werden, dass die oben angeführten positiven Auswirkungen nicht auftreten, sobald Onlinekontakte zum vollständigen Ersatz für reale Beziehungen werden (Scealy et al., 2002).

Allerdings stellte zum Beispiel Leung (2002) in seiner Forschung keine signifikante Beziehung zwischen Einsamkeit und häufigem Online-Kommunizieren fest. Es stellte sich heraus, dass der Gebrauch dieser Dienste unter jüngeren Usern populär und weit verbreitet ist und mit einer übermäßigen Einsamkeit in keiner Verbindung steht. Scealy und Kollegen (2002) kamen ebenfalls zu dem Schluss, dass Schüchternheit oder Hemmung nicht als Prädiktoren für eine Nutzung von Online-Kommunikationsdiensten angesehen werden können – schüchterne und unauffällige Nutzer verwendeten die Kommunikationsmöglichkeiten des Internets im gleichen Ausmaß.

### 3. Online-Spiele: Abhängigkeit von anderen Welten

MMORPG (aus dem Englischen „Massively Multiplayer Online Role-Playing Games“) sind Rollenspiele meist aus dem Fantasygenre, die im Internet gespielt werden. Es können in ein und demselben Augenblick tausende andere Spieler im Spiel anwesend sein. Es werden verschiedene Aufgaben („Quests“) erfüllt und über ihre virtuellen Figuren findet eine Interaktion mit anderen Personen statt. Die Erfüllung der Aufgaben (und die Erforschung der virtuellen Welt), die Interaktion mit anderen und die Entwicklung der eigenen Spielfigur sind drei dominante Elemente dieser Online-Spiele. Eine weitere spezifische Eigenschaft ist die Persistenz: Das Spiel entwickelt sich immer weiter und setzt sich fort, auch wenn sich der Spieler vom Internet ausloggt.

Eines der populärsten MMORPG-Spiele, „World of Warcraft“ (Blizzard, 2008), besitzt zurzeit über zehn Millionen registrierte Spieler. Nach Angaben der Vereinigung „Entertainment Software Association“ (2007) machten die MMOR-

PG-Spieler im Jahre 2006 13 % aller Online-Spieler aus. Ein Jahr früher waren es nur 7 %, die Anzahl der MMORPG-Spieler verdoppelte sich also innerhalb eines Jahres.

Die Progressivität dieser Spiele ist jedoch kein Grund dafür, warum die MMORPG-Spiele unter den anderen Spielen eine Ausnahme-Rolle einnehmen und warum sie zum Gegenstand des Interesses vieler psychologischer Studien wurden. Diese Studien deuten nämlich an, dass MMORPG das Potenzial haben, bei vielen ihrer Nutzer „Abhängigkeit“ hervorzurufen – sofern wir uns an diesen Terminus halten (z.B. Rau et al., 2006; Wan & Chou, 2006a u.v.a.). Im folgenden Kapitel beschäftigen wir uns mit diesem Spieltyp. Man muss jedoch noch bedenken, dass es auch andere (Online-)Spiele gibt, bei welchen die Abhängigkeitstendenz einen anderen Charakter haben kann.

Auf den ersten Blick beeindruckten schon die Zahlen und Aussagen über die Intensität des Spielens. Ng & Wiemer-Hastings (2005) zeigten, dass fast die Hälfte der MMORPG-Spieler diese Spiele mehr als 20 Stunden pro Woche spielt (11 % sogar mehr als 40 Stunden pro Woche, was der vollen gesetzlichen Wochenarbeitszeit entspricht). Dagegen spielen nur sechs Prozent der Spieler sonstige Computer- und Videospiele mehr als 20 Stunden pro Woche und 84 % weniger als sechs Stunden pro Woche. Weiterhin spielen 80 % der Spieler die MMORPG-Spiele mindestens ab und zu ununterbrochen acht Stunden oder mehr (Ng & Wiemer-Hastings, 2005). In der Studie von Yee (2006) führten 60 % der Spieler an, mindestens 10 Stunden ununterbrochen zu spielen. Man kann also sagen, dass die MMORPG zumindest vom zeitlichen Standpunkt her einen sehr wichtigen Teil im Leben ihrer Spieler darstellen, denn Zeit für andere Aktivitäten bleibt ihnen hinsichtlich der Spielintensität kaum. Darüber hinaus handelt es sich wohl um keine schnell vorübergehende Phase im Leben der Spieler. Griffiths und Kollegen (2004) stellten fest, dass die durchschnittliche Spielzeit bei adoleszenten Spielern im Alter bis 20 Jahre ungefähr zwei Jahre und bei älteren Spielern 27 Monate beträgt. Die Adoleszenten (26 Stunden wöchentlich) spielen intensiver als ihre erwachsenen Mitspieler über 26 Jahre (22 Stunden wöchentlich). Den MMORPG-Spielen widmet sich aber am intensivsten die Altersgruppe von 20 bis 22 Jahre und das fast 30 Stunden wöchentlich.

Es wäre zu vereinfacht dargestellt, reduzierte man die Abhängigkeit bei MMORPG-Spielern rein auf die Spiellänge und -Intensität. Yee (2006) führt an, dass ungefähr 40 % der Spieler sich selbst als abhängig bezeichnen. In unserer Studie waren es 45 % der Spieler (Šmahel, Blinka & Ledabyl, in press). Ng & Wiemer-Hastings (2005) paraphrasieren Spieler des MMORPG-Spiels „EverQuest“ als „Evercrack“ oder bezeichnen MMORPG allgemein als „Heroinware“. Lee und Kollegen (2007) behaupten, dass gerade die MMORPG in der Gruppe der Adoleszenten, die die größte Tendenz haben, von Internetspielen abhängig zu werden, am populärsten sind. Diese wiederum haben ebenfalls das größte Potenzial, eine Abhängigkeit hervorzurufen.

In unserer Untersuchung mit 548 Spielern testeten wir den Score in Bezug auf die Abhängigkeit auf Grundlage der oben genannten theoretischen Erkenntnisse



von Griffiths (Šmahel et al., in press). Das Ergebnis zeigt, dass 5,5 % der Teilnehmer einen sehr hohen Abhängigkeits-Score aufweisen (in der Umfrage nahmen sie auf der 6-Punkte-Skala bei den einzelnen Punkten die letzten beiden Stellen ein). Mindestens 26,5 % erreichten einen hohen Score (auf der 6-Punkte-Skala nahmen sie die letzten drei Stellen ein).

Im Score der Abhängigkeit von den MMORPG stellten wir keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern fest. Die Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigten, dass die adoleszenten und jüngeren erwachsenen Spieler eine signifikant höhere Tendenz zur Abhängigkeit gegenüber den Spielern im Alter von 27 und mehr Jahren aufweisen. Bei der Abhängigkeit von den MMORPG spiegelt sich relativ gut die Spielintensität wieder, also die pro Woche im Spiel verbrachte Stundenanzahl. Die Korrelation zwischen der durchschnittlichen Zeit und dem Score der Abhängigkeit war mittelstark ( $r = .43, p < .001$ ). Die Spieler mit einem niedrigen Score (die sich nicht für abhängig halten) verbringen weniger als 20 Stunden pro Woche im Spiel, die Spieler mit einem sehr hohen Score in Bezug auf die Abhängigkeit dagegen durchschnittlich 41 Stunden pro Woche. Die problematische Gruppe der Spieler könnte dann diejenige sein, die einen sehr hohen Abhängigkeits-Score aufweist (der auf der Beschreibung der Symptome basiert), sich dessen jedoch nicht bewusst ist (die Spieler bezeichnen sich nicht als abhängig). Diese Gruppe machte in unserer Untersuchung etwa 6 % aus. Andererseits bezeichnen sich insgesamt 45 % der Spieler als abhängig, mehr als die Hälfte von ihnen wies jedoch einen niedrigen Abhängigkeits-Score auf. Daher stellt sich die Frage, wie die Spieler den Begriff „Abhängigkeit“ verstehen und ob es sich in einigen Fällen bei der Verwendung des Begriffs „Abhängigkeit von Etwas“ (von Essen, Sport usw.) nicht nur um einen Modetrend handelt.

Als Hauptfaktor für Verursachung der Abhängigkeit von den MMORPG wird die soziale Dimension dieser Spiele genannt, da in diese auch Kommunikationsmöglichkeiten integriert sind (das Spiel dient zugleich als Chat und die Spieler verständigen sich mittels anderer Programme, die die verbale Kommunikation in der Gruppe ermöglichen). Weiters ist es sehr schwierig, allein zu spielen. Eine Kooperation mit anderen Spielern ist üblich und oft auch nötig. So entstehen mehr oder weniger beständige Gruppen, die sogenannten „Guilds“ und die Spieler werden gezwungen, die Verpflichtungen gegenüber der eigenen Gruppe zu erfüllen (ihre Normen einzuhalten usw.). Ein noch bedeutenderer Faktor, der über die soziale Dimension der Online-Spiele wirksam wird, ist das so genannte Niveau der optimalen Erfahrung beziehungsweise das Phänomen des „flow“. In den Untersuchungen wird mit „flow“ ein emotionaler Zustand bezeichnet, bei dem sich der Spieler stark auf das Spiel konzentriert und von ihm völlig verschlungen wird (Chou & Ting, 2003). Für den Spieler bedeutet es das, was gewöhnlich „Unterhaltsamkeit“ genannt wird (in der Welt der Händler wird es als „Spielbarkeit“ bezeichnet). Eine ganze Reihe von Untersuchungen bezeichnet „Flow“ als zentralen, die Intensität und die nachfolgende Abhängigkeit bei MMORPG erklärenden Motivationsfaktor.

„Flow“ ist ein multidimensionales Konstrukt und seine typischen Züge sind nach Csikszentmihalyi und Mihaly (1990, zitiert nach McKenna & Lee, 1995) und Csikszentmihalyi (1996) folgende:

- Klare Ziele und ein sofortiges Feedback. Eine anspruchsvolle Aktivität, die eine bestimmte Fertigkeit oder Anstrengung erfordert. Bei den anspruchsvollen Tätigkeiten gibt es eine relativ große Chance, dass uns etwas nicht gelingt. Im Zustand des Verlaufs hat man das Gefühl der Kontrolle, Unverletzbarkeit, Unerreichbarkeit. Das Empfinden eines Individuums wird mit der durchgeführten Tätigkeit so verbunden, dass man sich nicht bewusst ist, was außerhalb dieser Tätigkeit vorgeht.
- Das Ego und das Bewusstsein werden allgemein als eine bestimmte Selbstreflexion charakterisiert. Diese wird aber während der Zustände des „Flow“ unterdrückt, der Spieler hört bis zu einem bestimmten Maß auf, eigene Körperempfindungen wahrzunehmen, wie zum Beispiel den Drang, auf die Toilette zu gehen usw. Bedeutend ist auch die veränderte Wahrnehmung der Zeit: Die objektiven Maßstäbe der Zeit verlieren ihre Bedeutung, subjektiv erscheint die Zeit in der Regel als beschleunigt.
- Die Erfahrung gewinnt aus sich selbst ihren Wert – es handelt sich um eine so genannte autothelische Tätigkeit. Der Spieler spielt nur um des Spieles selbst willen; außer dem Gefühl der „Unterhaltung“ hat man von dem Spiel keine weiteren Vorteile.

„Flow“ setzt ausschließlich im Fall eines optimalen Verhältnisses von Anspruch der Ziele und Fähigkeiten des Spielers ein. In einem anderen Fall kann es zu Beklemmung und Frustration kommen, wenn die Fähigkeiten des Spielers zu niedrig sind, oder zum Gefühl der Langeweile, wenn die Fähigkeiten des Spielers zu hoch sind (Rau et al., 2006). Der Rollenstil bei den MMORPG sichert einerseits eine permanente Verbesserung der Fähigkeiten des Spielers und auch seiner virtuellen Figur, andererseits immer eine ausreichende Reserve an adäquaten Aufgaben. Darüber hinaus kommt es zum Wettkampf unter den Spielern, in dem sie ständig gegenseitig erkennen können, wie die Situation ihres Gegenspielers ungefähr aussieht – in den MMORPG-Spielen gibt es optimale Bedingungen für die Entstehung von „Flow“, ein Umstand, der in vielen Studien betont wird.

Rau und Kollegen (2006) behaupten beispielsweise, dass sowohl die erfahrenen, als auch die unerfahrenen Spieler dank des „Flow“ eine Deformation von Zeit erleben, die dazu führen kann, dass der Spieler Probleme hat, sich vom Spiel zu lösen – er ist sich der Länge seines Spielens nicht bewusst, da er vom Spiel „absorbiert“ wird. Darüber hinaus zeigen Ergebnisse, dass unerfahrene Spieler schneller (schon während der ersten Spielstunde) in diesen Zustand geraten, während erfahrene Spieler dazu eine längere Zeit benötigen. So kommen wir direkt zu einem der Abhängigkeitsfaktoren: zur steigenden Toleranz – also zur immer wachsenden Zeit, die man im Spiel verbringt, bis die erwünschten Gefühle auftreten.

Chou und Ting (2003) sind der Ansicht, dass die Zustände des „Flow“ in hohem Maße mit der Abhängigkeit zusammenhängen ( $\beta = .83, p < .001$ ). Am aussagekräftigsten wirkte der Effekt der Konzentration auf das Spiel sowie verzerrte Wahrnehmung der Zeit während des Spiels in Verbindung mit dem Gefühl der Neugierde (Entdeckung). Diese Faktoren aktivierten dann obsessive Tendenzen bei den Spielern, also das häufige und intensive Spielen, was nachfolgend zur Abhängigkeit führte. Das häufige Spielen ohne Zustände des „Flow“ rief dagegen weit weniger Abhängigkeit hervor.

McKenna und Lee (1995) und Voiskounsky und Kollegen (2005) stellten in der Forschung von MUD (Multi User Dungeon, Vorgänger der MMORPG) fest, dass das Erleben der Zustände des „Flow“ mit der sozialen Interaktion positiv korreliert. Je mehr und häufiger der Spieler mit anderen Spielern kommuniziert, desto stärker und häufiger erlebt er „Flow“. Das kann zu einer größeren Tendenz in Richtung Abhängigkeit führen, wie wir schon gezeigt haben. Von den Faktoren der Zustände des „Flow“ wirkt gerade die Verkürzung der wahrgenommenen Zeit am stärksten. Mit einem gewissen Maß an Vereinfachung kann also gesagt werden, dass eine Abhängigkeit von MMORPG teilweise gerade auf die soziale Dimension dieser Spiele zurückgeführt werden kann. Fundiertere Untersuchungen zeigen, dass das Maß an potenzieller Abhängigkeit mit dem sozialen Aspekt der Online-Spiele positiv korreliert.

Weitere Untersuchungen auf dem Gebiet der Abhängigkeit bei MMORPG beschäftigen sich nicht mit der sozialen Dimension, sondern mit der subjektiven Wichtigkeit des Spieles für den User.

Nach Suler (1996) können folgende Bedingungen bei Online-Spielen zu einem problematischen Gebrauch führen: Man stellt den Spielern das ganze Spektrum an Befriedigung psychischer Bedürfnisse zur Verfügung (nach Maslows Theorie). Typisch für MMORPG ist v.a. die Befriedigung von Bedürfnissen nach interpersonellem Kontakt, Zugehörigkeit, Anerkennung durch andere, nach positivem Self-Esteem. Auch die Befriedigung ästhetischer Bedürfnisse und sogar die Befriedigung des „höchsten“ Strebens nach Selbstverwirklichung sind möglich. Online-Spiele ermöglichen auch die Befriedigung von Begehren, die für uns in der Realität nicht möglich ist. Dort ist es zum Beispiel möglich, völlig anonym oder mit einem veränderten Geschlecht aufzutreten. Auch die Möglichkeiten des sozialen Kontakts werden erhöht, Raum und Zeit sind nebensächlich, es kann mit Menschen von der anderen Seite des Planeten gespielt werden. Das System des Rollenspiels bietet wiederum ein ständiges Feedback von dem, was der Spieler macht und erreicht hat. Nach Suler kann so eine eigene „ideale Identität“ aufgebaut und an solchen Teilen seiner Persönlichkeit gearbeitet werden, die früher verborgen waren. Ist ein Individuum nicht in der Lage, seine Bedürfnisse in der Realität adäquat zu befriedigen, dann wird sein persönliches Defizit hinsichtlich der Internetabhängigkeit voranschreiten.

Nach Wan und Chou (2006a) geht die Theorie der Bedürfnisbefriedigung im Netz von einer Einteilung in zwei Gruppen aus: in Grundbedürfnisse (physiologische Bedürfnisse, Sicherheit, Self-esteem), deren mangelnde Befriedigung negative

Gefühle auslöst, wogegen deren Befriedigung nicht unbedingt eine Empfindung positiver Gefühle nach sich zieht, und höhere Bedürfnisse (z.B. Selbstverwirklichung), deren mangelnde Befriedigung nicht zu negativen Gefühlen führt, wogegen ihre Befriedigung positive Gefühle auslöst. In dieser Studie erlebten die Spieler mit Zügen einer Abhängigkeit angesichts der Unmöglichkeit an dem Spiel teilzunehmen mehr negative Gefühle, als positive Gefühle, wenn sie die Möglichkeit zur Teilnahme an dem Spiel hatten. Bei den Spielern, die keine Züge einer Abhängigkeit aufwiesen, verhielt sich dies umgekehrt, bei ihnen überwogen die positiven Gefühle. Es ist also möglich, dass bei den abhängigen Spielern die Ebene des Self-esteem der zentrale Faktor ihrer Abhängigkeit ist, wobei es sich hier um eines der Grundbedürfnisse handelt, das negative Gefühle auslöst, wenn es nicht befriedigt wird.

Wan und Chou (2006b) halten weiterhin das Bewusstsein von einer „wahrgenommenen self-efficacy“ (Selbstwirksamkeit) vor allem bei den adolescenten Spielern für einen sehr bedeutenden Faktor. Die MMORPG bieten den Spielern eine Umgebung mit einer verminderten sozialen Kontrolle, wo sie sich nicht hinter Abwehrmechanismen verstecken müssen. Sie können dank ihrer Spielfigur ein Gefühl der Kontrolle über das Geschehen gewinnen und so das unterdrückte Bedürfnis der Selbstpräsentation aus dem realen Leben befriedigen. Die „wahrgenommene Selbstwirksamkeit“, die durch die Spielfigur gewonnen wurde, führt zu einer größeren Bindung an das Spiel, wenn der Spieler das Gefühl einer eigenen Befähigung im realen Leben nicht hat. Abhängige Spieler werden so die Beklemmung los, die von der negativen Bewertung der eigenen Fähigkeiten erzeugt wurde. Die Abhängigkeit vom Spiel wird von Wan und Chou (2006b) durch einen Mechanismus erklärt, der dem psychoanalytischen Lustprinzip nahesteht. Einen ähnlichen Mechanismus beschreiben Allison und Kollegen (2006). Am Beispiel eines 18-jährigen ins Krankenhaus eingewiesenen Spielers zeigen sie, dass sein exzessives Spielen mit einer Dauer von ungefähr 18 Stunden pro Tag eher ein Versuch war, seine Probleme mit mangelndem Selbstbewusstsein und sozialen Defiziten zu lösen. Die von ihm gestaltete Figur (ein Schamane, der fähig ist, „die Toten wieder zu beleben“ und „Blitze zu schleudern“) stellte so eher eine Kompensation seiner Defizite dar, denn der Spieler erwies sich im Spiel als fähig, ein „vollwertiges Ich“ zu bilden. Unglücklicherweise war er nicht fähig, ein solches vollwertiges Ich und eine solche gewonnene wahrgenommene Selbstwirksamkeit ins reale Leben zu übertragen. Nach Allison und Kollegen weist das Spiel Ähnlichkeit mit dem Prinzip der Übertragung auf, wie es die Psychoanalyse definiert: Der Spielcharakter befindet sich unter der Kontrolle des Spielers und gleichzeitig auch nicht. Das kann erklären, warum einige Spieler nicht fähig sind, ihr spielen vollständig zu kontrollieren.

Wolvendale (2006) weist auf das „attachment“ des Spielers zu seiner Spielfigur hin. Dieses ist ähnlich einer Beziehung, die man beispielsweise gegenüber abwesenden Personen hat: Sie sind im „Hier und Jetzt“ nicht real anwesend, aber dadurch, dass man sie im Gedächtnis behält, sind sie in ihren Konsequenzen real. Ähnlich abwesend beziehungsweise unreal ist auch die Spielfigur, aber die Ge-

fühle, die ihr gegenüber erlebt werden, werden als real erlebt. Die Figur ist zwar ein sogenanntes „Self-created object“ und als solches kann man es für unreal halten. Andererseits stützen sich die MMORPG gerade auf die Interaktion der Spielfiguren, die die Identitäten der Spieler vertreten. Die grafische Darstellung der Figuren schafft ein stärkeres Gefühl ihrer Realität. Wolvendale spricht in dieser Hinsicht von einem „persönlichen Raum“ unter den Spielfiguren, das sie als Einhaltung von Annäherung und Entfernung bezeichnet. Diese Annäherung nach Whang und Chang (2004) und Wolvendale (2006) kann jedoch später als unangenehm erlebt werden, obwohl sie ursprünglich als Quelle der Unterhaltung und Befriedigung diente. Weiters können Spieler unangenehme Gefühle empfinden, wenn die idealisierte Figur Ziel einer Attacke von anderen Spielern wird. In unserer Untersuchung (Šmahel et al., in press) wurde nur eine geringe Korrelation zwischen der Identifikation mit der Figur und dem Score der Abhängigkeit ( $r = .22, p < .001$ ) festgestellt. In Einklang mit anderen Ergebnissen (Wan & Chou, 2006a) entdeckten wir aber eine Tendenz, dass Spieler mit einem Abhängigkeits-Score außer positiven auch negative Gefühle gegenüber der Figur empfanden, beispielsweise ein Gefühl der Scham ( $r = .30, p < .001$ ).

Spieler mit einem hohen Maß an Identifikation mit negativen Zügen ihrer Figur identifizierten sich mit ihrer Figur stärker als nötig, dies ist ein Hinweis auf ein höheres emotionales Engagement. Eine höhere Korrelation ( $r = .57, p < .001$ ) mit dem Abhängigkeits-Score ergab sich auch bei Fragestellungen, die sich mit der Tendenz zu träumen und dem Nachdenken über das Spiel im Offline-Leben beschäftigten. Träume waren vor allem unter adoleszenten Spielern und jungen Erwachsenen erhöht (wo keine Unterschiede auftraten). Umgekehrt wiesen Spieler über 27 Jahre eine geringere Tendenz auf, vom Spiel zu träumen. Dieses Ergebnis verweist ebenfalls darauf, dass eine problematische Nutzung von Online-Spielen nicht nur bei Adoleszenten, sondern auch bei 20-jährigen und älteren Erwachsenen auftritt. Bis jetzt konzentrierten sich die Studien häufig gerade auf die jüngere Altersgruppe, die jedoch öfters Schwierigkeiten haben kann, sich des übermäßigen Spielens bewusst zu werden und ein solches Verhalten zu kontrollieren. Andererseits gilt für die Adoleszenten etwas, womit die Altersgruppe von 20 und mehr Jahren nicht so sicher rechnen kann: Sie stehen unter der „Aufsicht“ der Eltern oder Erzieher. Potenziell kann sich die Gruppe junger erwachsener Spieler (20–26 Jahre) als gleichermaßen gefährdet wie die jüngere Gruppe erweisen. Ein ausführlicher Vergleich beider Gruppen würde jedoch weitere Untersuchungen erfordern.

## 4. Sexuelle Problematik: Abhängigkeit von Pornographie und Online-Sex

Abhängigkeit von Online-Pornographie existiert als offizielle Kategorie der Verhaltensstörung des Nutzers genauso wenig wie Internetabhängigkeit. Ersteres dient eher als Benennung neu auftauchender Probleme. Der Begriff der sexuellen Internetabhängigkeit umfasst das Problem der Kontrolle beziehungsweise Beherrschung sexueller Aktivitäten im World Wide Web.

Nach Schneider (1994, zitiert nach Irons & Schneider, 1996) wird das Abhängigkeitsverhalten allgemein durch den Verlust der Kontrolle, das Fortsetzen der Aktivität trotz deren negativer Folgen oder durch die volle Inanspruchnahme des Individuums aufgrund der gegebenen Aktivität charakterisiert. Irons und Schneider (1996) kommen in ihren Überlegungen zu der Überzeugung, dass das sexuelle Abhängigkeitsverhalten mit Hilfe der Kriterien aus dem DSM IV für die Bestimmung der stoffgebundenen Abhängigkeit am besten diagnostiziert werden kann. Die Benennung „sexuelle Internetabhängigkeit“ unterscheidet nicht klar, ob die Probleme eher aus dem Ausüben sexueller Aktivitäten im Internet entstehen, oder ob das Individuum bereits Störungen im sexuellen Verhalten aufweist, die es aus dem realen Leben in die Online-Welt mitbringt (Schneider, 2000).

Mehrere Studien beschäftigen sich mit sexuellen Aktivitäten im Internet und erheben bestimmte Einwände gegen oder für ihre Kategorisierung. In der Literatur tauchen Begriffe wie „sexuelle Internetabhängigkeit“ (Griffiths, 2001) oder „sexueller Online-Zwang“ (Cooper et al., 1999) auf. Eine bestimmte Vorstufe der sexuellen Internetabhängigkeit ist der sexuelle Zwang, der sich auch in der virtuellen Umgebung widerspiegelt. Cooper (1998, zitiert nach Cooper et al., 1999) definierte das sexuelle Zwangsverhalten als unwiderstehlichen Zwang zu irrationalen sexuellen Verhalten, das mithilfe von fünf Grundzügen identifiziert werden sollte, die auch bei Internetnutzern anzutreffen sind:

- (1) Verneinung: Es handelt sich um die Unterschätzung oder das Verbergen der praktizierten sexuellen Tätigkeit im Internet.
- (2) Regelmäßig misslungene Unterbrechung dieser Aktivitäten, was den Inhalt der Wünsche der Nutzer charakterisiert, in welchen sie behaupten, dass sie diese Aktivitäten zum letzten Mal ausführen, dass sie sich nicht mehr wiederholen werden.
- (3) Exzessiver Umfang der mit der Verrichtung dieser Aktivitäten verbrachten Zeit.
- (4) Negative Auswirkung dieses Verhaltens auf das soziale, alltägliche und persönliche Funktionieren. Die betroffenen Personen vernachlässigen ihre Arbeitspflichten sowie die Kultivierung einer Partnerschaft, was in der Konsequenz die Qualität des Erlebens der gemeinsamen intimen Momente vermindert.
- (5) Wiederholung des Verhaltens trotz ungünstiger Konsequenzen. Die Betroffenen setzen die Suche nach sexuellen Betätigungen trotz des hohen Risikos eines Verlustes ihrer Arbeitsstelle, ihrer Partnerschaft und so weiter fort.

Obwohl Cooper und Kollegen (1999; 2000) in ihren Studien den Begriff „sexueller Online-Zwang“ benutzen, verstehen sie den Begriff in einem weiteren Sinn, denn er beinhaltet auch das allgemeine problematische sexuelle Verhalten. In diesem Zusammenhang werden drei Typen von Nutzern beschrieben, die sie als Erholungs-, Zwangs- und Risiko-Typen bezeichneten:

- (1) Die Erholungs- und nichtpathologischen Nutzer befriedigen ihre aktuelle Neugierde, die die erreichbaren sexuellen Materialien betrifft, experimentieren gelegentlich und befriedigen so die sexuelle Sehnsucht.
- (2) Die Zwangsnutzer weisen sexuell zwanghafte Züge auf und sind durch die negativen Auswirkungen ihrer Aktivitäten gekennzeichnet. Das Internet ist hier eine weitere Domäne, in der sich das problematische sexuelle Verhalten zeigt.
- (3) Die Risikonutzer schließen solche Nutzer ein, die in ihrem Leben bisher keine Vergangenheit sexueller Zwänge aufwiesen, jedoch erste Schwierigkeiten registrierten, nachdem sie begonnen hatten, das Internet für sexuelle Zwecke zu erforschen.

Nach Cooper und Kollegen (1999) ist die letzte Gruppe aus der Sicht der Onlineforschung am interessantesten, denn sie hätte keine sexuellen Schwierigkeiten in der virtuellen Umgebung, wenn es die Wirkungskraft des „Triple A engine“ (Access – Zugänglichkeit, Affordability – Sich-leisten-Können des Materials und Anonymität, Cooper, 1998) nicht gäbe. Man könnte meinen, dass die Existenz einer Gruppe von „risikoreichen Nutzern“ die Aufmerksamkeit hin zu einem möglichen Überdenken der Charakteristika der Abhängigkeiten von der virtuellen Umgebung verschiebt und die Entstehung einer neuen Kategorie der „sexuellen Internetabhängigkeit“ begründet, denn die Eigenschaften der virtuellen Umgebungen können die Entstehung sexueller Abhängigkeit provozieren.

Young (1999) diskutiert, dass Internetabhängigkeit ein weiter Begriff ist, der in sich sowohl Verhaltensauffälligkeiten als auch Probleme mit Impulskontrolle vereint. Sie schließt im Begriff einer „Cybersex-Abhängigkeit“ die zwanghafte Nutzung von Webseiten für sexuelle Zwecke und eine Abhängigkeit von virtuellen Beziehungen ein.

Schneider (2000) und Cooper und Kollegen (1999) weisen darauf hin, dass auch die Eigenschaften der virtuellen Umgebung selbst an der Entwicklung des sexuellen Online-Zwangs beteiligt sein können. Einige Studienteilnehmer ( $n = 55$ ) beschrieben die schnelle Progression des schon existierenden Problems mit dem zwanghaften sexuellen Verhalten im Kontext der virtuellen Umgebung, während andere zwar keine Vergangenheit sexueller Abhängigkeit hinter sich hatten, mit den eskalierenden zwanghaften cybersexuellen Aktivitäten aber voll beschäftigt waren, nachdem sie den Internetsex entdeckt hatten (Schneider, 2000).

Die Spezifität der Internetanwendungen unterstützt die Entwicklung der sexuellen Internetabhängigkeit, wie schon vorhin im Rahmen der Beziehungen zwischen Anwendung und Internetabhängigkeit betont wurde. So können beispielsweise E-Mails oder Instant Messengers zur Quelle sexueller Fantasien werden.



Das Internet kann so nur durch das Verfolgen der mit den Nachrichten versendeten Phantasien die Erregung unterstützen und dann nachfolgend den Nutzer auf diesen „Phantasiesex“ fixieren. Diese Online-Aktivitäten verschieben dann beim Individuum die Aufmerksamkeit weg von einer realen Befriedigung und hin zu einer Befriedigung durch entsprechende Internetapplikationen (Carnes, 2001).

Im Kontext der virtuellen Umgebung kann es laut weiteren Studien zu einer sogenannten operanten oder instrumentellen Konditionierung kommen, die das Verharren im Internet zu sexuellen Zwecken zu erklären versucht. Nach Putnam (2000) wird die Interaktion des Individuums mit dem sexuellen Material in der virtuellen Welt durch die sexuelle Erregung positiv verstärkt. Die sexuelle Erregung kann zur Masturbation und zum Orgasmus führen, die dann in der Konsequenz die Suche nach sexuellen Inhalten online stärken können. Bei Usern, die das Internet als Gegenstand ihrer sexuellen Unterhaltung oder Erholung nutzen, bildet sich aufgrund der Wiederholungsfrequenz dieser sexuellen Online-Aktivitäten im Nachhinein eine positive Reaktion beziehungsweise eine positive Gewöhnung an diese sexuelle Tätigkeiten (Boies, 2002; Fisher & Barak, 2000). Es ist also als plausibel anzunehmen, dass es durch die Belohnung in Form einer sexuellen Befriedigung zur Entwicklung und Progression sexueller Aktivitäten im Internet kommt.

Trotzdem kann die oben angeführte Überlegung vom Einfluss einer Konditionierung auf die Entwicklung des abhängigen oder zwanghaften Verhaltens nicht erklären, warum das Internet einige Nutzer beeinflusst und andere nicht. Wir sind immer noch nicht in der Lage zu erklären, worin sich die Gruppen sowohl der Erholungs- als auch der Risiko-Nutzer unterscheiden. Man kann über verschiedene psychische Dispositionen nachdenken, die erst im Rahmen der Interaktion mit dem Internet aktiviert werden. Cooper und Kollegen (1999) unterschieden unter anderem zwei Subtypen von „risikoreichen Nutzern“: den depressiven Typ und die dem Stress unterliegende Person. Es scheint, dass die stärker bedrohten Personen dem depressiven Subtyp zuzuordnen sind. Ihre Kommunikation mit den eigenen Familienmitgliedern ist wenig entwickelt, sie verfügen über ein kleines soziales Netz und erleben Gefühle der Einsamkeit und Depression. Sexuelle Aktivitäten im Internet können ein starkes Gegengewicht zu ihren Gefühlen der Dysphorie sein. Bei diesen Usern ist die Wahrscheinlichkeit, dass ihnen sexuelle Aktivitäten keinen Spaß machen und sie ihre Frequenz vermindern würden, sehr gering. Eine weitere, von Abhängigkeit bedrohte Gruppe bilden Individuen, die Stress unterliegen. Bei ihnen stellt die Suche nach Sex im Internet eine gewisse Flucht vor stressigen Situationen im Alltag dar. Besonders bei zwischenmenschlichen Kontaktverlusten sind sie nicht fähig zu ertragen, dass sie einsam sind, und suchen einen Ersatz (meist sexuelle Online-Erlebnisse).

In einer qualitativen Studie von Ševčíková (unveröffentlichtes Manuskript) wurden Online-Gespräche sowie persönliche Interviews mit 17 Teilnehmern durchgeführt, die kostenlosen Offline-Sex über das Kennenlernen per Chat aufsuchten. Wir entdeckten eine starke Interaktion von Motivationsfaktoren, die sowohl vom Nutzer als auch von den Eigenschaften der Internetumgebung ausgingen. Auf



diesen Zusammenhang verweist der starke Einfluss sowohl des in der realen Umgebung gewonnenen sexuellen Erlebnisses, als auch die Veränderung der Fantasie, die den Nutzer zurück zum erotischen Internet-Chat führten, obwohl es zur sexuellen Befriedigung kam. Der erotische Chat bedeutet für User eine Quelle von Abenteuern, es kommt zu einem Erfinden von sexuellen Drehbüchern und zu einem Auffinden potenzieller Sexpartner. Dies führt zu einer Übertragung sexueller Vorstellungen in eine reale Form, was ein bestimmtes Maß an Stress durch die Anonymität des Gegenübers und Erregung schafft, die aus der Exposition eines neuen Partners hervorgeht. Es entsteht ein Teufelskreis, da Impulse für einen erotischen Chat letztendlich in einem kostenlosen Offline-Sexualkontakt münden, und der Chat immer wieder aufgesucht wird, um neue und andere Partner zu finden. Die Suche nach potenziellen Sexualpartnern wird auf das Internet fixiert, wodurch sich die Frequenz eines solchen Verhaltens erhöht. Daher scheinen sexuell orientierte Chatforen eine Cybersex-Abhängigkeit zu fördern. Die Studie von Ševčíková unterstützt die Idee, dass cybersexuelle Beziehungen für einige User risikoreich sein können und dass die Mechanismen der Belohnung (das Erreichen sexueller Erregung und Befriedigung) eine Fixierung auf diese sexuell einschlägigen Anwendungen hervorrufen können. Gleichzeitig tritt hier der Faktor der Entwicklung sexueller Fantasien auf, der bei einigen Nutzern das Gefühl mangelhafter Befriedigung hervorrufen kann, und der im Nachhinein die Aufmerksamkeit auf solche Internetapplikationen fixiert, die dieses Gefühl abschwächen.

Nachfolgend werden Ergebnisse einer repräsentativen Untersuchung in der Tschechischen Republik vorgestellt, die sich unter anderem mit der potenziellen Abhängigkeit der Internetnutzer beschäftigte.

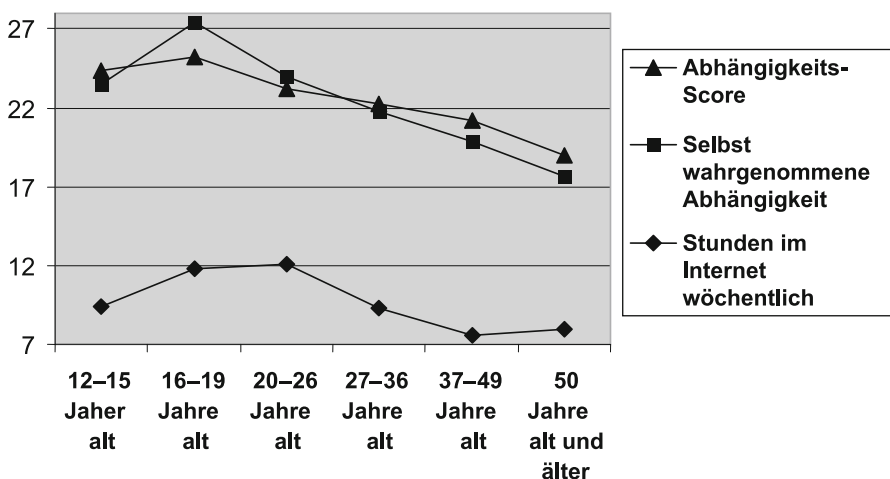
## **5. Aus den Ergebnissen der Forschung: Internetabhängigkeit in der Tschechischen Republik**

Im September 2007 wurde in der Tschechischen Republik eine quantitative Untersuchung anhand direkter Gespräche mit insgesamt 1586 Teilnehmern durchgeführt. Die Studie war ein Bestandteil des internationalen „World Internet Project“ ([www.worldinternetproject.net](http://www.worldinternetproject.net)). Die Stichprobe kann für Tschechien als repräsentativ in Bezug auf Geschlecht, Ausbildung, Alter, Region und Größe des Wohnorts gelten. Von der angeführten Anzahl der Teilnehmer waren 869 (54,9%) Internetnutzer, welchen weitere Fragen gestellt wurden. In die Untersuchung wurden auch 14 Fragen zur Feststellung des Maßes an potenzieller Abhängigkeit tschechischer Internetnutzer integriert. Bei der Gestaltung der Fragestellungen gingen wir von den allgemeinen Kriterien für Abhängigkeit des DSM-IV aus, die zur Diagnostik der Internetabhängigkeit vor allem von Griffiths (2000a) spezifiziert wurden. Aufgrund dieser Fragen wurde ein Score der Internetabhängigkeit gebildet. Die Internetnutzer antworteten auch auf eine Frage nach der subjektiv wahrge-

nommenen Internetabhängigkeit: „Ich denke von mir, dass ich vom Internet abhängig bin“. 2,1 % der tschechischen Internetnutzer „stimmen entschieden zu“, dass sie abhängig seien, 12,3 % „stimmen eher zu“. Es ist bei dieser Fragestellung allerdings nicht klar, inwiefern sich die Teilnehmer deswegen als „abhängig“ bezeichnen, weil für sie die Internetnutzung im Beruf oder beim Studium unumgänglich ist, und inwiefern sie sich selbst im psychologischen Sinne als „abhängig“ wahrnehmen. Bei qualitativen Interviews verwendeten nämlich viele Adoleszenten den Begriff „Abhängigkeit“ im Sinne einer Notwendigkeit der Internetnutzung zur Beschaffung von Information, z.B. für Seminararbeiten.

Hinsichtlich des Geschlechts erreichen die tschechischen Männer einen höheren Score der Internetabhängigkeit als Frauen. Gleichzeitig benutzen die Männer auch das Internet mehr Stunden von zu Hause aus. Jedoch ab zirka fünf zu Hause im Internet verbrachten Stunden verringern sich die Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Männer fühlen sich auch subjektiv abhängiger als Frauen, 2,9 % der Männer „stimmen entschieden zu“, dass sie abhängig seien, gegenüber 1,2 % der Frauen; 13,1 % der Männer „stimmen eher zu“, gegenüber 11,2 % der Frauen. Die Unterschiede verringern sich wieder mit den zu Hause im Internet verbrachten Stunden – es ist keine Überraschung, dass sich diese Variable insgesamt als sehr bedeutend für das Maß der Internetabhängigkeit erweist ( $r = .29$ ).

Die folgende Abbildung zeigt Unterschiede hinsichtlich des Alters und dem Score der Abhängigkeit, im Maß der selbst wahrgenommenen Abhängigkeit und die durchschnittliche Anzahl der zu Hause im Internet verbrachten Stunden. Der Wert der Koordinaten der vertikalen Achse zeigt die durchschnittliche Anzahl der



► Abbildung 1. Altersvergleich: Abhängigkeits-Score, selbst wahrgenommenen Abhängigkeit und Stunden im Internet.

wöchentlich im Internet verbrachten Stunden. Die Werte wurden umgerechnet, damit sie im Vergleich auf einer Achse dargestellt werden können. Ihre genauen Zahlenwerte muss man nicht in Betracht ziehen, sie dienen hier vor allem zum Vergleich zwischen den Altersgruppen.

Den höchsten Abhängigkeits-Score erreichen die Teilnehmer im Alter von 12 bis 19 Jahren, die Unterschiede zwischen den Gruppen von 12 bis 15 und 16 bis 19 Jahren sind nicht signifikant. Gleichzeitig erkennen wir anhand des Graphen, dass es zwischen diesen zwei Gruppen von Adoleszenten bezüglich der Linie der selbst wahrgenommenen Abhängigkeit einen großen Unterschied gibt, wobei die Gruppe der älteren Adoleszenten einen deutlich höheren Score hat. Wahrscheinlich ist sie sich ihrer potenziellen Abhängigkeit stärker bewusst, während die Gruppe der jüngsten Teilnehmer zwar einen hohen Score hat, sich aber deutlich weniger als abhängig bezeichnet. Es ist möglich, dass ältere Adoleszenten das Internet lediglich öfters bei ihrem Studium nutzen. Auf der anderen Seite kann dieses Ergebnis als hohe Gefahr für die Gruppe der jüngsten Teilnehmer wahrgenommen werden, die wahrscheinlich in einigen Fällen nicht fähig sind, das Maß ihrer (Un-) Abhängigkeit vom Internet zu bewerten. Den Eltern kann man nur ein gewisses Maß an Kontrolle empfehlen. Gleichzeitig ist es interessant, dass diese Gruppe der 12- bis 15-jährigen das Internet zu Hause seltener als die zwei älteren Altersgruppen benutzt, jedoch im Score der Abhängigkeit höhere Werte als die Gruppe der 20-26-jährigen erreicht. Die jüngste Gruppe erreicht wahrscheinlich schon bei einem niedrigeren Maß der Internetnutzung die gleichen Abhängigkeitssymptome. Insgesamt sinken dann die Werte des Abhängigkeits-Scores mit dem Alter vom höchsten Wert bei den 16-19-jährigen bis zu den niedrigsten Werten bei der ältesten Gruppe. Zugleich sinken die Werte der selbst wahrgenommenen Abhängigkeit und der Stunden der Internetnutzung zu Hause. Es ist noch die Gruppe der 20-26-jährigen jungen Erwachsenen zu erwähnen, bei der die Werte von beiden Abhängigkeits-Scores gegenüber der jüngeren Gruppe sinken, obwohl sie die höchste Stundenanzahl der Internetnutzung zu Hause aufweist. Möglicherweise lässt sich vermuten, dass die Internetnutzung ungefähr ab dem Alter des jungen Erwachsenseins andere Formen annimmt und die wachsenden Stundenwerte der Internetnutzung dann weniger mit der potenziellen Abhängigkeit zusammenhängen. Diese Hypothese würde jedoch eine genauere Analyse erfordern.

In unsere Untersuchung wurden weiterhin in Übereinstimmung mit dem „Methodology World Internet Project“ 31 Fragen eingebaut, die sich mit den Inhalten im Internet beschäftigten. Die höchste Korrelation mit dem Abhängigkeits-Score zeigte sich einigermaßen überraschend beim Downloaden, dem Ansehen und dem Hören von Videos und gleichermaßen von Musik ( $r = .32$ , Video und Musik wurden getrennt angeführt). Diese Ergebnisse könnten jedoch spezifisch für die Tschechische Republik sein, denn das illegale Downloaden von Musik und Videos ist hier in einem gewissen Ausmaß üblich und toleriert. Es werden manchmal riesige Mengen meist illegaler Film- oder Musikkopien gesammelt. An zweithöchster Stelle einer Korrelation befinden sich dann „Diskussionen im Internet“ ( $r = .30$ ), also das Kommunizieren. Ähnlich hängen in weiterer Folge

„Chats“ ( $r = .27$ ) und das Senden von Online-Nachrichten, mittels ICQ oder MSN ( $r = .21$ ) mit der Abhängigkeit zusammen. Diese drei Kategorien vertreten also den Kontext der Abhängigkeit und der Kommunikation im Internet. Ein mittelstarker Zusammenhang liegt beim Spielen von Online-Spielen ( $r = .30$ ) vor. Überraschend ist die relativ hohe Korrelation zwischen dem Abhängigkeits-Score und der Suche nach Witzen, witzigen Bildern oder anderen Formen des Humors ( $r = .29$ ). Dieser Zusammenhang wurde bisher in der Literatur nicht erwähnt, und es ist möglich, dass die Internetnutzer mit der Neigung zur Abhängigkeit eine höhere Tendenz als andere haben können, das Internet zu diesem Zweck auszunutzen. Mit dieser Form befriedigt das Internet ein weiteres ihrer Bedürfnisse, das in der Realität zu fehlen scheint. Ein mittelstarker Zusammenhang ergibt sich auch mit dem Aufsuchen erotischer Seiten ( $r = .24$ ). Hier stellt sich die Frage, inwieweit die Teilnehmer auf die Frage wahrheitsgemäß antworteten, denn es handelte sich um Gespräche von Angesicht zu Angesicht. Dies könnte zu einer Verzerrung der Ergebnisse geführt haben. Aus bisherigen Studien geht hervor, dass auch in der Tschechischen Republik die häufigsten Themen im Kontext der Abhängigkeit „Online-Spiele“, „Kommunikation“ und „Sexualität“ sind. Als Thema mit Forschungspotenzial ergibt sich der Kontext des Downloadens (Ansehen und Hören von Videos und Musik), ein Bereich, welchem sich viele Internetnutzer sehr intensiv widmen.

Ein weiteres Beispiel für virtuelle Umgebungen stellen die Online-Communities dar. Die Internetnutzer wurden in unserer Untersuchung befragt, ob sie Online-Communities besuchen sowie welche Aspekte der Online-Communities sie für wichtig halten. Die genaue Fragestellung lautete: „Besuchen Sie zur Zeit solche Webseiten, wo sie sich regelmäßig mit denselben Menschen oder Menschengruppen treffen, wie zum Beispiel Chat, Diskussionsforen, Spiele oder andere Gemeinschaftsportale?“ Es wurde also nicht direkt das Wort „Community“ verwendet, da dieses im tschechischen Sprachraum für einige Menschen negativ konnotiert ist.

Vergleicht man die Besucher bzw. Nicht-Besucher von Online-Communities hinsichtlich der Abhängigkeit, so zeigt sich, dass die Besucher von Online-Communities einen signifikant höheren Abhängigkeits-Score aufweisen als diejenigen Internetnutzer, die Online Communities nicht besuchen. Dieser Unterschied konnte möglicherweise auch dadurch zustande kommen, dass die Besucher von Online-Communities mehr Stunden zu Hause im Internet verbringen (12,4 versus 8,3 Stunden pro Woche). Die Besucher von Online-Communities weisen jedoch auch dann einen signifikant höheren Abhängigkeits-Score auf, wenn man nur die Gruppe der Internetnutzer mit über 15 Stunden Onlinezeit pro Woche betrachtet. Dadurch wird offensichtlich, dass die Internetabhängigkeit in einigen Fällen in der Umgebung einer Online-Community realisiert wird.

Interessant ist auch der Zusammenhang zwischen der Internetabhängigkeit und den Verhaltensweisen des Nutzers im Rahmen einer virtuellen Gemeinschaft, die man anhand von zwei Hauptfaktoren beschreiben kann: „disinhibited approach“ und „enrichment approach“ (Šmahel, in press). Diese Faktoren schließen sich nicht

aus, sondern hängen ziemlich stark zusammen ( $r = .52$ ). Die Besucher von Online-Communities handeln im Sinne des „disinhibited approach“, wenn sie im online Setting die Hemmungen vom Realleben fallen lassen, sich Sachen zu sagen trauen, die sie sonst nicht sagen würden, ihre realen Probleme vergessen und Self-Importance-Gefühle erleben. Beim „enrichment approach“ geben die Besucher an, dass die Online-Community ihr Innenleben bereichert und neue Informationen sowie Unterhaltung bietet. Sie fühlen sich in der Gemeinschaft nützlich und ihr zugehörig. Es besteht eine mittlere Korrelation zwischen dem Maß an „Disinhibition“ und Abhängigkeits-Score ( $r = .42$ ), wobei sie bei Menschen mit über 15 wöchentlich zu Hause im Internet verbrachten Stunden noch stärker ist ( $r = .58$ ). Die Korrelation zwischen dem Maß an „Enrichment“ und Abhängigkeits-Score ist wesentlich niedriger ( $r = .18$ ), während sie bei Menschen mit über 15 wöchentlich zu Hause im Internet verbrachten Stunden ansteigt ( $r = .38$ ). Anders ausgedrückt, je mehr sich ein Besucher einer Online-Community im Sinne des „disinhibited approach“ (d.h. meistens anders als im Realleben) verhält, desto mehr neigt er zur Internetabhängigkeit. Je mehr Bereicherung er durch seine Präsenz in einer Online-Community empfindet, desto öfter wird er diese besuchen und umso mehr kann er wieder eine größere Neigung zu potenzieller Internetabhängigkeit haben. Das Maß an „Disinhibition“ ist allerdings ein besserer Prädiktor für Internetabhängigkeit als das Maß an erlebter Bereicherung durch die virtuelle Gemeinschaft.

Ein weiteres Phänomen, das man in der Online-Welt beobachten kann, ist die Entstehung von virtuellen Freundschaften. In unserer Untersuchung wurden die Internetnutzer befragt, ob sie Online-Freunde bzw. nahe Online-Freunde haben, die sie in der Realwelt nicht kennen und welche Einstellung sie zur Online-Freundschaften haben. Beim Vergleich der Internetnutzer mit bzw. ohne rein virtuelle Freundschaften zeigt sich, dass die Menschen mit virtuellen Freundschaften einen signifikant höheren Abhängigkeits-Score aufweisen. Der Unterschied ist signifikant auch bei Menschen, die über 15 Stunden wöchentlich zu Hause im Internet verbringen. Der Abhängigkeits-Score ist bei den Internetnutzern am höchsten, die angeben, nahe Online-Freunde zu haben. Die Entstehung von Online-Freundschaften hängt offensichtlich mit der Beteiligung an virtuellen Gemeinschaften zusammen, beide Phänomene sind jedoch auch getrennt zu betrachten, da virtuelle Freundschaften zum Teil auch außerhalb dieser Gemeinschaften entstehen. Es geben nämlich mehr Internetnutzer an, Online-Freunde zu haben, als Online-Communities zu besuchen. 40% der Internetnutzer geben an, minimal einen Online-Freund und 29% minimal einen nahen Online-Freund zu haben, während 27% der Internetnutzer angeben, Online-Communities zu besuchen. Auf der anderen Seite geben 77% der Besucher von Online-Communities an, Online-Freunde zu haben, während dies nur bei 26% der Nicht-Besucher von Online-Communities der Fall ist.

Mittels einer Faktorenanalyse wurden zwei grundlegende Einstellungen der Internetnutzer zu virtuellen Freundschaften festgestellt: „dissociated approach“ und „inter-connected approach“, „Dissoziierte“ oder „gespaltene“ virtuelle Beziehungen liegen dann vor, wenn der Internetnutzer diese Beziehungen von seinen

realen Beziehungen trennt. Er diskutiert mit Online-Freunden z.B. völlig andere Themen, teilt andere Interessen und enthüllt andere Charaktereigenschaften als bei realen Freunden. Bei der Einstellung zu virtuellen Beziehungen im Sinne des „inter-connected approach“ bemüht man sich dagegen, virtuelle Freundschaften möglichst mit der Realität zu verknüpfen. Die User haben in diesem Fall nahe virtuelle Freunde, die ihren „realen“ Freunden ähnlich sind und die sie oft auch persönlich kennen lernen. Auch die moralischen Standards spielen in der Online-Welt die gleiche Rolle wie in der Realität.

Schauen wir uns nun diese zwei grundlegenden Einstellungen zu virtuellen Freundschaften im Zusammenhang mit der Entstehung von Internetabhängigkeit an. Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Abhängigkeits-Score und dem Maß an Aufrechterhaltung virtueller Freundschaften, die als „dissoziiert“ charakterisiert werden ( $r = .20$ ;  $p < .001$ ), während die Korrelation zwischen Abhängigkeits-Score und „inter-connected approach“ nicht signifikant ist. Es kann sich also eine Tendenz zur Internetabhängigkeit entwickeln, wenn man virtuelle Freundschaften von der Realwelt trennt, während es bei den Online-Beziehungen, die man auch mit realen Beziehungen verknüpft, nicht der Fall ist.

Es wurde sowohl im Kontext der Beteiligung an Online-Communities, als auch bei der Einstellung zur Online-Freundschaften gezeigt, dass ein dissoziatives Verhalten, d.h. das Trennen von virtuellem und realem Verhalten, ein Risikofaktor für die Entwicklung von Internetabhängigkeit sein kann. Die Verhaltensweisen, die ausschließlich im Online-Setting durchgeführt und nicht in die Realität übertragen werden, können ein Risiko darstellen. Dies bezieht sich vor allem auf die Gruppe der Adoleszenten, die eine höhere Tendenz haben, im Internet mit der eigenen Identität zu „experimentieren“ (Šmahel & Machovcová, 2006). Es kommt zu einer Kombination der Risikofaktoren, da die Adoleszenten nicht nur im höchsten Maß das Internet nutzen, sondern auch am häufigsten die Online-Communities besuchen und die meisten Online-Freunde haben. Es kann daher vor allem den Eltern, aber auch den Lehrern empfohlen werden, mit den Adoleszenten über die Online-Welt zu sprechen, sie zu fragen, was sie im Internet machen, was sie daran interessiert, was ihnen das Internet bringt und ob sie sogar irgendwelche Risiken wahrnehmen. Solche Kommunikation der Erwachsenen mit den Jugendlichen kann in gewissem Maße die erwünschte Verknüpfung vom virtuellen und realen Leben begünstigen, kann aber auch den Eltern und Lehrern helfen, die Welt des Jugendlichen besser zu verstehen.

Eine weitere Interpretationsmöglichkeit wäre, dass jüngere Internetnutzer die virtuelle Umgebung anders wahrnehmen als ältere. Man könnte sagen, dass Jugendliche das Internet als eine vollwertige Umgebung wahrnehmen. Sie tendieren daher viel mehr dazu, persönliche Informationen im Internet auszutauschen und den im Online-Setting entstandenen Freundschaften nur virtuelle Form zu überlassen, während die älteren User ein eher „traditionelles“ Verständnis von Kommunikation und Freundschaft haben. Möglicherweise handelt es sich hier um ein kulturelles Phänomen des unterschiedlichen Zugangs im Rahmen von Generationen.

Hinsichtlich des Zusammenhangs der Abhängigkeit mit der Dissoziation realer und virtueller Beziehungen bleibt fraglich, inwiefern diese Dissoziation lediglich ein klinisches Symptom der problematischen Internetnutzung darstellt, das sich unterschiedlich manifestieren kann. Einige klinische Symptome problematischer Internetnutzung können sich mit Kriteriengruppen anderer Störungen überschneiden, die bereits in diagnostischen Manualen verankert sind. Es sollte also geklärt werden, ob die Einführung einer neuen Diagnose („Internetabhängigkeit“) nötig ist, wenn man bisher nicht weiß, wovon genau man abhängig werden kann. Widyanto und Griffiths (2006) berichten über ein ganzes Spektrum an komorbiden psychischen Störungen bei Menschen mit problematischer Internetnutzung. Es handelt sich v.a. um depressive und bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörungen (v.a. borderline- und narzistische Persönlichkeitsstörung), sowie niedriges Self-esteem (für weitere Informationen siehe Black et al., 1999a; Shapira et al., 2000). Um die Abhängigkeit von einzelnen Internetapplikationen bestimmen zu können, muss eine spezifische Symptomgruppierung auftreten. Die Dissoziation von realen und virtuellen Beziehungen allein könnte andere psychische Störungen maskieren.

## **6. Schlussfolgerung: Existiert sie also oder existiert sie nicht?**

In diesem Kapitel beschäftigten wir uns mit der Problematik der Internetabhängigkeit, wie sie auf verschiedene Bevölkerungsgruppen wirkt und wie diese verschiedene Anwendungen im Internet wahrnehmen. Zu Beginn stellten wir kurz den Diskurs vor, der hinsichtlich der Einführung sowie Definition des Begriffs der Internetabhängigkeit geführt wird. Weiters beschäftigten wir uns mit der (potenziellen) Abhängigkeit von Internetnutzern von Kommunikationsanwendungen und Beziehungen, von Online-Spielen und Cybersex oder der Online-Pornografie. Abschließend stellen wir unsere Perspektive vor, die bisher in empirischen Forschungen nicht immer verankert werden kann. Der wissenschaftlich geschulte Leser sollte also diesen Teil mit einer gewissen Reserviertheit wahrnehmen. Seine Meinung hat er hinsichtlich der Problematik der Internetabhängigkeit gewiss selbst aufgrund der Menge der präsentierten Studien gebildet.

Es wird behauptet, dass man im Internet „alles finden“ kann. Wenn wir diese Behauptung in den Rahmen psychologischer Überlegungen übertragen, können wir sagen, dass vielleicht jede menschliche Tätigkeit und Eigenschaft in der realen Welt im Internet ihr Bild oder ihre Entsprechung hat. Wenn wir nachforschen, finden wir Diskussionen und Webseiten über alle möglichen menschlichen Interessen, Hobbys und Motivationen. Wenn wir uns auf eine noch höhere Ebene der Abstraktion begeben, werden wir uns bewusst, dass das Medium des Internets zu einer riesigen, unbegrenzten Leinwand wurde, auf die der Mensch, das Individu-



um, einen Teil von sich selbst projizieren kann. Man betritt äußerst unterschiedliche Internetumgebungen und erfüllt (oder kompensiert gelegentlich) dort bewusste und unbewusste Bedürfnisse, Phantasien oder Sehnsüchte. Welche virtuelle Umgebung und welches Thema man (mehr oder weniger bewusst) wählt, wird vor allem durch den Nutzer selbst bestimmt, durch das aktuelle Bild seines Innenlebens, seiner „Psyche“. Viele Ergebnisse empirischer Forschungen weisen darauf hin, dass das Internet nicht die Grundursache jedes Umstandes ist (z.B. McKenna & Bargh, 2000). Das Internet betritt man (gewöhnlich) freiwillig und ebenso kann man die Tätigkeit im Internet jederzeit beenden. Das bedeutet, dass das Verbleiben eines Menschen im Internet irgendeine innere Ursache im Menschen selbst, in seinen (bewussten und unbewussten) Motivationen und Sehnsüchten hat. Das Internet wird hauptsächlich zu einem Ort, wo man seine Bedürfnisse und Sehnsüchte erfüllen oder ihnen zumindest teilweise entgegenkommen kann. Wäre das Internet nicht erfunden, würde man eine andere Umgebung suchen, wo man erreichen könnte, was einem das Internet gibt. Und damit sind wir schon beim Thema „Abhängigkeit“. Der scharfsichtige Leser hat anscheinend schon unsere These nachvollzogen, dass das Internet, im Sinne der Tendenzen zur Abhängigkeit von ihm, nicht schlecht an sich ist. Das Internet ist „nur“ ein Ort, wo man ein Bedürfnis (eine Sehnsucht, einen Drang, einen Wunsch, einen fehlenden Aspekt des Lebens, der Persönlichkeit usw.) realisiert, also etwas, was seine Ursache im Menschen selbst hat. Wie wir schon mehrmals anführten, wird die Nutzung des Internets in dem Moment wirklich problematisch, in dem die Online-Welt der einzige Ort ist, an dem man fähig ist, den erlebten Mangel auszugleichen (und auch das muss nicht nur schlecht sein). Trotzdem demonstrierten wir schon, dass es im Rahmen der virtuellen Umgebungen zur leichteren Fixierung der Befriedigung von Bedürfnissen kommt, denn das Internet selbst trägt die Charakteristik der leichteren Zugänglichkeit und des mühelosen Zugangs. Bei Verdacht auf Internetabhängigkeit (oder auch auf eine andere Abhängigkeit) muss man fragen, was genau das Internet einem Menschen gibt, womit genau man sich in der virtuellen Welt beschäftigt. Schließlich existiert nichts Derartiges wie eine Abhängigkeit von Kommunikation oder Online-Spielen. Es existieren viele Möglichkeiten, wie (und mit wem) man kommuniziert und wie (und mit wem) man Online-Spiele spielt. Die Befriedigung eines Menschen durch den Aufenthalt in der Online-Welt ist ebenso vielfältig, wie sie im Kontext der Vielfältigkeit der Freuden in der realen Welt ist. Der Begriff „Internetabhängigkeit“ ist also eher eine sehr allgemeine Bezeichnung für die übermäßige Nutzung des Computers, die irgendwelche gewöhnlich negativen Konsequenzen in der realen Welt hat. Trotzdem muss sie in ihrer Auswirkung für den Menschen als solchen aber nicht negativ sein. Das Internet kann nämlich einen relativ sicheren Ort zur Bedürfnisbefriedigung darstellen. Es ist möglich, dass diese Bedürfnisse sonst woanders auf eine andere Art und Weise erfüllt würden, zum Beispiel mithilfe einer anderen und viel gefährlicheren (z.B. Drogen-) Abhängigkeit. Trotzdem wollen wir die Problematik der „Internetabhängigkeit“ nicht unterschätzen. Wir wollen sie eher relativieren und zeigen, dass die Perspektiven sehr unterschiedlich sein können



und die Festlegung, ob es sich um wirkliche Abhängigkeit handelt oder nicht, so individuell ist, dass ihr eher ein Platz in der Praxis von klinischen Psychologen gebührt, als im Rahmen von Umfragen, die oft noch dazu gerade im Internet realisiert werden. Die Entscheidung über den Begriff „Internetabhängigkeit“ sollte unserer Meinung nach eher der Gegenstand einer Diskussion zwischen den in der Praxis tätigen klinischen Psychologen und forschenden Theoretikern sein. Theoretische Untersuchungen der „Internetabhängigkeit“ tragen wertvolle Steine zu dem Mosaik bei, das das Bild der riesigen Vielfältigkeit dieses Begriffs ausmacht. Schon die Beschreibung und Analyse dieser Vielfalt bedeuten eine langfristige Arbeit, die nachhinein gerade klinischen Psychologen helfen kann, in deren Sprechstunden diejenigen kommen, die als „internetabhängig“ bezeichnet wurden oder sich selbst so bezeichneten. Wir hoffen also, dass dieses Kapitel für klinische Psychologen sowie andere Professionisten im psychosozialen Feld und ihre Klienten in gewissen Bereichen hilfreich sein kann.

## 7. Literatur

- ALLISON S. E., WALDE L. VON, SHOCKLEY T. & O'GABBARD G. (2006). The development of self in the era of the internet and role-playing games. *The American Journal of Psychiatry* 163, 381–385.
- BEARD K. & WOLF E. (2001). Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for Internet Addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 4, 377–383.
- BLACK D. W., BELSARE G. & SCHLOSSER S. (1999). Clinical features, psychiatric comorbidity, and health-related quality of life in persons reporting compulsive computer use behavior. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 839–843.
- BLIZZARD ENTERTAINMENT. (2008). *World of Warcraft surpasses 9 million subscribers worldwide*. Zugriff am 4. Mai 2008 unter <http://blizzard.com/press>
- BOIES S. C. (2002). University students' uses of and reactions to online sexual information and entertainment: Links to online and offline sexual behaviour. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11, 77–89.
- CARNES P. J. (2001). Cybersex, courtship, and escalating arousal: Factors in addictive sexual desire. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 8, 45–78.
- CHAK K. & LEUNG L. (2004). Shyness and Locus of Control as Predictors of Internet Addiction and Internet Use. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 559–570.
- CHARLTON J. P. & DANFORTH I. D. W. (2004). Differentiating computer-related addictions and high engagement. In: Morgan J., Brebbia C. A., Sanchez J. & Voiskounsky A. (Hrsg.), *Human Perspectives in the Internet Society: Culture, Psychology, Gender* (S. 59–68). Southampton: WIT Press.
- CHOU T. & TING C. (2003). The role of flow experience in cyber-game addiction. *CyberPsychology & Behavior*, 6, 663–675.
- COOPER A. (1998). Sexuality and the Internet: Surfing its way into the new Millennium. *CyberPsychology & Behavior*, 1, 187–194.

- COOPER A., DELMONICO D. & BURG R. (2000). Cybersex users, abusers, and compulsives: New findings and implications. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 5–29.
- COOPER A., PUTNAM D. E., PLANCHON L. A. & BOIES S. C. (1999). Online sexual compulsion: Getting tangled in the net. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 6, 79–104.
- CSIKSZENTMIHALYI M. (1996). *O štěstí a smyslu života. Můžeme ovládat své prožitky a ovlivňovat jejich kvalitu?* Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- ENTERTAINMENT SOFTWARE ASSOCIATION. (2007). *Essential facts about the computer and video game industry*. Zugriff am 4. Mai 2008 unter [http://www.theesa.com/facts/pdfs/ESA\\_EF\\_2007.pdf](http://www.theesa.com/facts/pdfs/ESA_EF_2007.pdf)
- FISHERW. & BARAK A. (2000). Online sex shops: Phenomenological, psychological, and ideological perspectives on Internet sexuality. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 575–589.
- GOLDBERG I. (1995). *Internet addiction disorder: Diagnostic criteria*. Zugriff am 4. November 2007 unter <http://web.urz.uni-heidelberg.de/Netzdienste/anleitung/wwwtips/8/addict.html>
- GRIFFITHS M. (2000a). Does internet and computer addiction exist? Some case study evidence. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 211–218.
- GRIFFITHS M. (2000b). Internet Addiction – time to be taken seriously? *Addiction Research*, 8, 413–418.
- GRIFFITHS M. (2001). Sex on the Internet: Observations and Implications for Internet sex addiction. *The Journal of Sex Addiction*, 38, 333–342.
- GRIFFITHS M. D., DAVIES M. N. O. & CHAPPELL D. (2004). Online computer gaming: a comparison of adolescent and adult gamers. *Journal of Adolescence*, 27, 87–96.
- GROHOL J. M. (2005). *Internet addiction guide*. Zugriff am 5. Oktober 2008 unter <http://psychcentral.com/netaddiction/>
- HALL A. S. & PARSONS J. (2001). Internet Addiction: College student case study using best practises in cognitive behavior therapy. *Journal of Mental Health Counseling*, 23, 312–328.
- IRONS R. & SCHNEIDER J. P. (1996). Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorder Using the DSM-IV. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 3, 7–21.
- KING S. (1996). *Is the Internet Addictive, or Are Addicts Using the Internet?* Zugriff am 19. Oktober 2007 unter <http://webpages.charter.net/stormking/mine.html>
- KOCH W. & PRATARELLI, M. (2004). Effects of Intro/Extraversion and Sex on Social Internet Use. *North American Journal of Psychology*, 6, 371–382.
- KRAUT R., KIESLER S., BONEVA B., CUMMINGS J., HELGESON V. & CRAWFORD A. (2002). Internet Paradox Revisited. *Journal of Social Issues*, 58, 49–74.
- KRAUT R., PATTERSON M., LUNDMARK V., KIESLER S., MUKOPADHYAY T. & SCHERLIS W. (1998). *Internet Paradox. A Social Technology That Reduces Social Involvement and Psychological Well-Being?* Zugriff am 13. Februar 2007 unter <http://www.cs.cmu.edu/~kiesler/publications/PDFs/kraut98-InternetParadox.pdf>
- LEE M., KO, Y., SONG, H., KWON K., LEE H., NAM M. & JUNG I. (2007). Characteristics of internet use in relation to game genre in Korean adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 10, 278–285.
- LEUNG L. (2002). Loneliness, Self-Disclosure, and ICQ (“I Seek You”) Use. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 241–251.

- MCKENNA K. & BARGH J. A. (2000). Plan 9 from Cyberspace: The implications of the Internet for personality and social psychology. *Personality and Social Psychology Review*, 4, 57–75.
- MCKENNA K. & LEE S. (1995). *A love affair with MUDs: flow and social interaction in multiuser dungeons*. Zugriff am 6. Mai 2007 unter [http://fragment.nl/mirror/various/McKenna\\_et\\_al.nd.A\\_love\\_affair\\_with\\_muds](http://fragment.nl/mirror/various/McKenna_et_al.nd.A_love_affair_with_muds)
- MEERKERK G. J., EIJNDEN R. V.D. & GARRETSSEN H. (2006). Predicting Compulsive Internet Use: It's All about Sex! *CyberPsychology & Behavior*, 9, 95–103.
- MORAHAN-MARTIN J. & SCHUMACHER P. (2003). Loneliness and social uses of the Internet. *Computers in Human Behavior*, 19, 659–671.
- NG B. D. & WIEMER-HASTINGS P. (2005). Addiction to the internet and online gaming. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 110–113.
- PUTNAM D. (2000). Initiation and maintenance of online sexual compulsivity: Implications for assessment and treatment. *CyberPsychology & Behavior*, 3, 553–563.
- RAU P. P., PENG S. & YANG C. (2006). Time distortion for expert and novice online game players. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 396–403.
- SCEALY M., PHILLIPS J. G. & STEVENSON R. (2002). Shyness and Anxiety as Predictors of Patterns of Internet Usage. *CyberPsychology & Behavior*, 5, 507–515.
- SHAPIRA N. A., GOLDSMITH T. D., KECK P. E., KHOSLA U. M. & MCELROY S. L. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic Internet use. *Journal of Affective Disorders*, 17, 207–216.
- SCHNEIDER J. P. (2000). A qualitative study of cybersex participants: Gender differences, recovery issues, and implications for therapists. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 7, 249–278.
- ŠMAHEL D. (2008). Attending Online Communities: Culture of Youth? In: Sudweeks F., Hrachovec H. & Ess, Ch. (Eds.) *Cultural Attitudes Towards Technology and Communication 2008* (pp. 446–451). Murdoch, Australia: School of Information Technology, Murdoch University.
- ŠMAHEL D., BLINKA L. & LEDABYL O. (in press). Playing MMORPGs: connections of addiction and identification with character. *Cyber Psychology & Behavior*.
- ŠMAHEL D. & MACHOVCOVÁ K. (2006). Internet use in the Czech Republic: Gender and Age differences. In: Sudweeks F., Hrachovec H. & Ess Ch. (Hrsg.), *Cultural Attitudes Towards Technology and Communication* (S. 521–533). Murdoch, Australia: School of Information Technology, Murdoch University.
- SULER J. (1996). *Why is this thing eating my life? Computer and cyberspace addiction to the Palce*. Zugriff am 5. Februar 2007 unter [www.usr.rider.edu/~suler/psycyber-eatlife](http://www.usr.rider.edu/~suler/psycyber-eatlife)
- VOISKOUNSKY A. E., MITINA O. V. & AVESTINOVA A. A. (2005). Communicative patterns and flow experience of MUD players. *International Journal of Advanced Media and Communication*, 1 (1), 5–25. Zugriff am 15. Oktober 2007 unter <http://www.inderscience.com.html>
- WAN C. & CHIOU W. (2006a). Psychological motives and online games addiction: a test of flow theory and humanistic needs theory for Taiwanese adolescents. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 317–324.
- WAN C. & CHIOU W. (2006b). Why are adolescents addicted to online gaming? An interview study in Taiwan. *CyberPsychology & Behavior*, 9, 762–766.

- WHANG L. S. & CHANG G. (2004). Lifestyles of virtual world residents: living in the online game „lineage“. *CyberPsychology & Behavior*, 7, 592–600.
- WIDYANTO L. & GRIFFITHS M. (2006). Internet addiction: does it really exist? *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 31–51.
- WOLVENDALE J. (2006). My avatar, my self: virtual harm and attachment. In: Polčák R., Škop M. & Šmahel D. (Hrsg.), *Cyberspace 2005* (S. 305–310). Brno: Masaryk University.
- YEE N. (2006). The demographics, motivations and derived experience of users of massively multi-user online graphical environments. *Teleoperators and Virtual Environments*, 15, 309–329. Zugriff am 14. October 2007 unter <http://www.nickyee.com/pubs>
- YOUNG K. (1996). „Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder.“ *Cyberpsychology & Behavior*, 1, 237–244. Zugriff am 6. März 2007 unter <http://www.netaddiction.com/articles/newdisorder.htm>
- YOUNG K. (1997). *What Makes the Internet Addictive: Potential Explanations for Pathological Internet Use*. Zugriff am 20. December 2007 unter <http://www.netaddiction.com/articles/habitforming.pdf>
- YOUNG K. (1999). Internet addiction: Evaluation and treatment. *Student British Medical Journal*, 7, 351–352.
- YOUNG K. (2003). *Surfing not studying*. Zugriff am 10. Jänner 2007 unter [http://www.netaddiction.com/articles/surfing\\_not\\_studying.pdf](http://www.netaddiction.com/articles/surfing_not_studying.pdf)

# ■ Problematischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische maladaptive Kognitionen

Mario Lehenbauer\*

## 1. 1 Einleitung

1995 führte der New Yorker Psychiater Ivan Goldberg scherzhaft die Diagnose „Pathologischer Internetgebrauch“ ein. Er erhoffte sich dadurch Schmunzeln und Gelächter von Kollegen, indem er klassische Suchtkriterien aufgriff und auf das Internet übertrug. Stattdessen kamen jedoch ernst gemeinte E-Mails von Betroffenen, die sich durch die von Goldberg definierten „Diagnosekriterien“ angesprochen fühlten (Eichenberg & Ott, 1999). Die „New York Times“ griff dieses Thema ebenfalls 1995 auf, und in den letzten Jahren wurde es in den Medien immer populärer. Erste Todesfälle aufgrund übermäßiger Computernutzung werden unter anderem aus China gemeldet – ein dreißigjähriger Mann saß drei Tage ununterbrochen in einem Internetcafé und starb an Herzversagen. In der Schweiz wird Internetsucht von einzelnen Professionisten bereits gleich gesetzt mit Alkohol- oder Cannabissucht, und es werden erste Spots gegen Onlinesucht lanciert (Kurier, 17.09.2007). Auch wenn dies Extremfälle darstellen, lässt es sich nicht von der Hand weisen, dass bestimmte Personengruppen zu einem übermäßigen (und daher problematischen) Internetgebrauch neigen.

Seit 1995 existieren Diskussionen zwischen Befürwortern (Greenfield, 2000; Young, 1996a; 1996b; 1998; 1999) und Ablehnern (Grohol, 1999a; 1999b) des Begriffs der „Internetsucht“. Streitgespräche dieser Art sind nicht selten in frühen Stadien der wissenschaftlichen Erforschung neuer psychologischer Konzepte. Es ist positiv anzumerken, dass mit dieser Diskussion auf eventuell schädliche Aspekte

---

\* Korrespondenzadresse: Mario Lehenbauer, Lehr- und Forschungspraxis des Instituts für Klinische, Biologische und Differenzielle Psychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Liebiggasse 5, 1010 Wien, Österreich

eines übermäßigen Internetgebrauchs aufmerksam gemacht wurde und seriöse Forschung in diese Richtung betrieben wird. Einige Autoren betonen enge Zusammenhänge zwischen einem problematischen Internetgebrauch und psychopathologischen Störungen, beispielsweise Depressionen, bipolare Störungen (Orzack & Orzack, 1999; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla & McElroy, 2000; Young & Rogers, 1998) oder soziale Phobien (Greenfield, 2000; Kratzer, 2006; Lehenbauer, 2006; Young, 1998).

Aus der Sicht psychologischer Interventionen bietet das Internet hervorragende Möglichkeiten, Risikogruppen möglichst frühzeitig zu erreichen, wie bereits zahlreiche Studien zeigen konnten (Andersson & Carlbring, 2006; Carlbring et al., 2006, 2007; Kryspin-Exner, Jagsch & Stetina, 2002; Lehenbauer, 2006; Stangl, 2006; Stetina, 2003, 2005). Aus gesundheitspsychologischer Perspektive ist es von Interesse, als Gegenpol zu einem problematischen Internetgebrauch einen gesunden Internetgebrauch zu definieren. Dazu finden sich in der Literatur noch wenig Hinweise. So meint beispielsweise Davis (2001): *“Millions of people around the world use the Internet to find information, communicate with friends, work, play, and otherwise function well on this new medium.”* User mit psychopathologischen oder körperlichen Störungen informieren sich via Internet über ihre Krankheiten oder ihre Medikamente, den Informationen im World Wide Web wird insgesamt großes Vertrauen entgegengesetzt (Stetina, 2003). Gesunder Internetgebrauch setzt eine Balance von real-life- und virtueller Kommunikation voraus, vor allem sollte letztere nicht überwiegen. Campbell, Cumming und Hughes (2006) betonen dabei, dass beispielsweise sozial ängstliche Menschen das Internet als niedrigschwellige Kontaktanbahnungsmöglichkeit sehen. Online können soziale Situationen exploriert werden, die offline nicht so schnell aufgesucht werden würden. Somit kann das Internet als Erweiterungsmöglichkeit für eigene soziale Skills genutzt werden. Andere Autoren betonen wiederum die Gefahr, dass schüchterne Personen im Internet verstärkt soziale Situationen aufsuchen, und daher im realen Leben soziale Fertigkeiten verlieren (Chak & Leung, 2004; Lehenbauer, 2006; Yuen & Lavin, 2004).

Es stellt sich damit die Frage, ob das Internet verantwortlich für die Entwicklung maladaptiver beziehungsweise fehlangepasster Kognitionen ist. Davis (2001; Davis, Flett & Besser, 2002) entwickelte ein ätiologisches Modell, basierend auf maladaptiven Kognitionen. Er meint, dass das Internet bei bestimmten Personen zu dysfunktionalen Kognitionen führen kann. Diese Kognitionen führten letztendlich zu einem problematischen Internetgebrauch, da sie sich selbst verstärken. Sein Modell und die Konstruktion eines Inventars bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen werden im folgenden Abschnitt näher erläutert. Zuvor wird jedoch auf bisherige Definitionen eines problematischen Internetgebrauchs eingegangen.

### 1.1. Problematischer Internetgebrauch

Pathologischer oder problematischer Internetgebrauch und Internetsucht sind nur einige der Schlagwörter, die ein und dasselbe Phänomen bezeichnen. Im deut-

schen Sprachraum existieren verschiedene Begriffsbildungen, wie „Internetsucht“, „Internet-Abhängigkeit“, „Pathologische Internetnutzung“ oder „Pathologischer Internetgebrauch“ (Eichenberg & Ott, 1999; Hahn & Jerusalem, 2001; Zimmerl & Panosch, 1999). Im englischsprachigen Raum werden meist „Internet Addiction“, „Internet Addiction Disorder“, „Pathological Internet Use“, „Excessive Internet Use“ und „Compulsive Internet Use“ (Davis, 2001; Eichenberg & Ott, 1999; Widyanto & Griffiths, 2006; Young, 1996b) synonym verwendet. Der Gedanke einer Internetsucht wird von einigen Autoren abgelehnt, da der Suchtbegriff selbst als veraltet erscheint. Mit „Problematischem Internetgebrauch“ (diese Bezeichnung wird auch im vorliegenden Kapitel verwendet) wird ein Verhalten bezeichnet, bei dem Internet zur (devianten) Verbesserung der Befindlichkeit genutzt wird, ohne jedoch im klassisch klinischen Sinn als süchtig zu gelten. Viele Autoren sehen einen starken Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der wöchentlichen Onlinezeit und einem problematischen Internetgebrauch. Je mehr Stunden Menschen pro Woche online sind, desto mehr neigen sie zu einem problematischen Internetgebrauch (Caplan, 2006; Ferraro, Caci, D’Amico & Di Blasi, 2007; Greenfield, 2000; Lehenbauer, 2006; Suhail & Bargees, 2006; Young, 1998). Das betrifft beispielsweise auch User mit Sozialphobie, die das Internet als ausschließliches Medium für einen sozialen Kontakt benutzen, und dadurch wesentliche soziale Skills für das alltägliche reale Leben verlieren könnten.

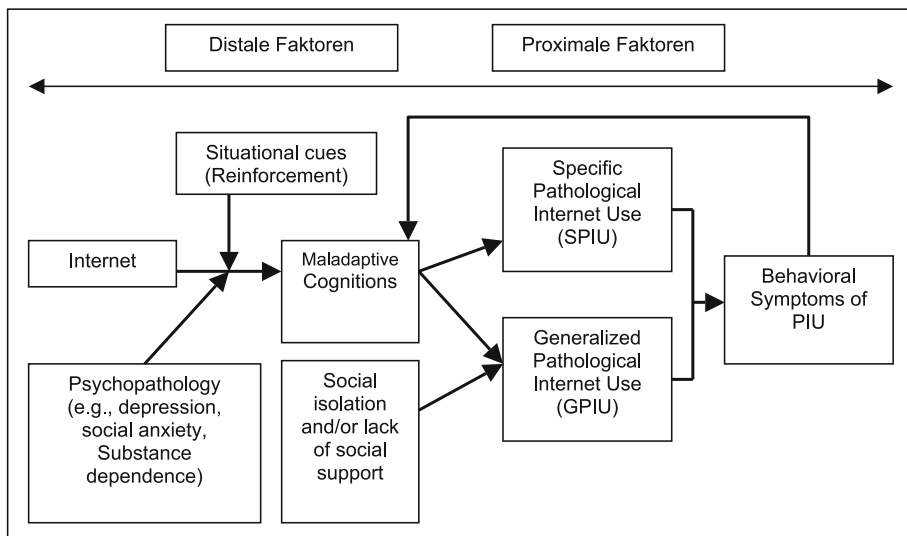
Als eine der ersten deutschen Wissenschaftler beschäftigten sich Hahn und Jerusalem (2001) mit der Entwicklung eines Instruments zur Erfassung von Internetsucht. Für die Operationalisierung erschienen ihnen fünf Kriterien als wesentlich: die Einengung des Verhaltensraums, der Kontrollverlust, die Toleranzentwicklung, Entzugserscheinungen sowie negative soziale und personale Konsequenzen. Es wurden 158 Fragen dazu entwickelt und online publiziert. 8859 Teilnehmer beantworteten diese Items, mittels einer exploratorischen Faktorenanalyse wurden letztendlich 20 Items selektiert. Diese 20 Items (Beispiele dafür wären „Ich verbringe oft mehr Zeit im Internet, als ich mir vorgenommen habe“, „Ich habe schon häufiger vergeblich versucht, meine Zeit im Internet zu reduzieren“ oder „Meine Gedanken kreisen ständig um das Internet, auch wenn ich gar nicht im Netz bin“) bilden die Internet-Sucht-Skala (ISS). Für die Klassifikation einer Person als internetsüchtig legten Hahn und Jerusalem einen Skalenwert größer als 59 fest, was einer durchschnittlichen Antwort von „Trifft eher zu“ (Score von 3) bei allen 20 Items entspricht. Liegt der Summenscore zwischen 50 und 59 (Beantwortung aller 20 Items mit einem durchschnittlichen Score von 2,5), wird eine Person als „internetsuchtgefährdet“ klassifiziert. Für die vorliegende Untersuchung wurden diese beiden Gruppen zusammengefasst in eine Einheit von Usern mit problematischem Internetgebrauch. Damit wurden Menschen erfasst, die sowohl klassische Suchtkriterien aufwiesen (wie beispielsweise Toleranzentwicklung, Dosissteigerung oder „Craving“), als auch ein breiter gefasster Kreis derjenigen, die Gefahr laufen, das Internet auf eine maladaptive Art und Weise zu nutzen.

## 1.2. Das kognitiv-behaviorale Modell von Davis (2001)

Davis (2001) beschrieb ein kognitives Verhaltensmodell für pathologischen Internet-Gebrauch (Cognitive-Behavioral Model of Pathological Internet Use), er wollte damit einen Entwurf einer Ätiologie eines problematischen Internetgebrauchs schaffen. Dieses Modell diene aufgrund seiner Fokussierung auf dysfunktionale Kognitionen und eine bereits bestehende Psychopathologie als Fundament für die vorliegende Untersuchung (siehe Abbildung 1).

Bei einem problematischen Internetgebrauch sind nach dem Modell distale und proximale Faktoren ausschlaggebend. Wird ein ätiologisches Kontinuum aufgespannt, so lassen sich distale Faktoren eher zu Beginn, proximale Faktoren eher am Ende einer Kette von Ereignissen, die zu einer Krankheit führen, finden. Weiters unterscheidet Davis zwischen einem spezifischen und einem generalisierten pathologischen Internetgebrauch. Spezifischer Gebrauch konzentriert sich auf einzelne Netz-Inhalte (Pornografie, Rollenspiele) oder Netz-Dienste (Chats, Auktionen), während generalisierter Gebrauch unspezifisch ist.

Für die Gesundheitspsychologie sind vor allem distale Gegebenheiten relevant, da sie zu Beginn oder noch vor Ausbruch einer Krankheit zu finden sind. Davis meint, dass das Diathese-Stress-Modell (Vulnerabilitäts-Stress-Modell) von Bedeutung bei einer Entstehung von problematischem Internetgebrauch ist. Unter Diathese (Vulnerabilität) versteht man die Disposition oder Anfälligkeit einer Person für eine bestimmte Krankheit, beziehungsweise eine Tendenz des Organismus und



► Abbildung 1. Das Kognitiv-Behaviorale Modell von Davis (2001), modifiziert von Lehenbauer.



der Psyche, auf eine bestimmte maladaptive Weise auf Belastungen (Stressoren) zu reagieren. In Davis' Modell können pathologische Störungen wie Depression oder Sozialphobie (oder auch subklinische Formen wie zum Beispiel Schüchternheit) für die Diathese stehen. Als Stressoren können beispielsweise belastende Situationen, Lebensereignisse oder -umstände gelten.

Treffen nun belastende Lebensumstände (Scheidung, Trennung von einer geliebten Person, monetäre Schwierigkeiten, ...) auf eine vulnerable Person, so versucht diese, sich vor diesem Stressor zu schützen. Das Internet bietet hier eine Möglichkeit, „dem Alltag zu entfliehen“ (Greenfield, 2000); manche Individuen neigen zu maladaptiven, also fehlangepassten, Kognitionen, die affektive und behaviorale Symptome hervorrufen. Diese umfassen einen grübelnden kognitiven Stil, einen niedrigen Selbstwert, niedriges Selbstbewusstsein und soziale Ängstlichkeit, wie Davis (2001, S. 191) meint: *“Cognitive symptoms include a ruminative cognitive style, feelings of self-consciousness, low self-worth, a depressogenic cognitive style”*. Ist eine Reaktion im Internet positiv, so fährt eine Person nach dem Prinzip der operanten Verstärkung mit dieser Aktivität fort. Mögliche Gedanken dabei wären laut Davis „Ich bin nur gut im Internet“, „Offline bin ich nichts wert“ und „Ich bin nur online Jemand“. Maladaptive Kognitionen werden so wie in einem Teufelskreis verstärkt, eine betroffene Person wird die Handlung öfter ausführen, um die gleiche Reaktion wie beim anfänglichen Ereignis zu erzielen.

Ein Individuum mit problematischem Internetgebrauch hat nach Davis eine eher negative Sicht von sich selbst und nutzt das Internet, um mehr positive Resonanz von anderen zu bekommen. Es kann auch die Angst im Vordergrund stehen, etwas zu „versäumen“, sobald man offline ist. Von einem Gefühl der „Endlosigkeit“ und einem Flow-Gefühl berichten viele User, da sie „nie fertig“ mit dem Internet sein können – es gibt immer wieder etwas Neues zu entdecken (Greenfield, 2000; Tzanetakis, 2001, 2003). Die Gesundheitspsychologie sollte daher Augenmerk auf den Internetgebrauch von Individuen legen, um einen maßvollen Umgang mit diesem Medium zu vermitteln. Gesunde Internet-User sehen das Internet als ein Werkzeug, und nicht als Quelle von Identität. Abschließend meint Davis (2001), *“but we must be aware of the negative consequences of overuse of the Internet, and understand the behavior of people who use it in a pathological way”* (Davis, 2001, S. 193).

### 1.3. Internetspezifische Maladaptive Kognitionen

Maladaptive oder dysfunktionale Überzeugungen spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung psychischer Störungen, wie schon von führenden kognitiv-verhaltenswissenschaftlich orientierten Psychologen beschrieben (zum Beispiel Beck, 2001; Ellis, 1997; Meichenbaum, 2002 und viele mehr). Davis, Flett und Besser (2001) entwickelten eine Online Cognition Scale (OCS) zur Erfassung internetspezifischer maladaptiver Kognitionen. Diese besteht aus 36 Items, basierend auf vier Dimensionen: Einsamkeit, verringerte Impulskontrolle, Internet als Mittel zur Ablenkung und sozialer Komfort. Individuen, die sich eher einsam

fühlen, nutzen das Internet verstärkt für den Zweck des sozialen Komforts – um andere User schneller und besser kennen lernen zu können. Darunter verstehen die Autoren auch das positive Gefühl des Einzelnen, Teil eines sozialen Netzwerks zu sein, auch wenn es nur virtuell ist. Dabei beschränkt sich der Einsatz der OCS nicht rein auf die Detektion maladaptiver Kognitionen. Aufgrund von „Cyber-slacking“ oder „Goldbricking“ (damit ist gemeint, dass das Personal das Internet am Arbeitsplatz während der Arbeitszeit für persönliche Zwecke nutzt) entstehen Firmen immense Kosten an Verdienstentgang und Arbeitszeitverlust. Davis, Flett und Besser (2001) meinen, dass die OCS ein gutes Screening-Instrument bei der Personalselektion sein kann, um zukünftiges Internetverhalten am Arbeitsplatz vorhersagen zu können.

Depressogene Kognitionen spielen eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung eines problematischen Internetgebrauchs, vor allem wenn das Internet vorwiegend als Coping-Instrument (Ablenkung von belastenden Alltagsereignissen) genutzt wird. Gesundheitspsychologisch relevant ist daher ein Aufdecken verzerrter Gedanken bereits in einem Frühstadium. So können beispielsweise maladaptive Kognitionen in Richtung „Geringer Selbstwert“ und „Geringes Selbstbewusstsein“ als wichtige Triggerfaktoren in Richtung eines problematischen Internetgebrauchs gesehen werden, vor allem bei zusätzlicher Prognose einer klinischen Depression (Young, 1996a; Young 1996b; Young, 1999). Young geht davon aus, dass Menschen mit psychischen Problemen aufgrund der Anonymität des Internets eher zu einem problematischen Gebrauch dieses Mediums neigen, um perzipierte Inadäquatheit besser zu bewältigen. Caplan (2006) verweist darauf, dass problematischer Internetgebrauch nicht nur am Ausmaß wöchentlicher Onlinezeit gemessen werden sollte, bei entsprechenden Studien sollten auch kognitive Komponenten miteinbezogen werden. Young (1999) verweist auch darauf, dass behandelnde Professionisten bei einem Verdacht auf übermäßigen Internetgebrauch ein Hauptaugenmerk auf internetspezifische maladaptive Kognitionen legen sollten. Selbstwertspezifische Kognitionen stehen in einem engen Zusammenhang mit einem verstärkten Gebrauch des Internets.

Bisher existierte kein deutschsprachiges Inventar, um diese Gedanken erfassen zu können. Im Rahmen einer Studie wurde daher an der Fakultät für Psychologie in Wien ein eigenes Instrument bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen entwickelt (Lehenbauer, Stetina & Kryspin-Exner, 2006). Mitarbeiter des Institutes für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie kreierten 51 Items zur Fragestellung „Was würde sich ein internetsüchtiger Mensch denken?“. Diese Items wurden im Internet mit einer 5-stufigen Skala von „überhaupt nicht zutreffend“ bis „sehr stark zutreffend“ publiziert und 2 Wochen lang online gestellt. Während dieser Zeit interessierten sich 89 Versuchspersonen für die Erhebung. Um aus den 51 Items für eine Hauptstudie die „am meisten zutreffenden“ Kognitionen zu ermitteln, wurde vorerst eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt. Cronbach's Alpha lag über 0,96. Eine Faktorenanalyse ergab nur einen Faktor. Aus diesem einen Faktor wurden 22 Items mit einer Ladung über 0,7 ausgewählt. In einem letzten Schritt wurde die Itemtrennschärfe bestimmt, es blieben 13 Items

► Tabelle 1. Internetspezifische maladaptive Kognitionen.

Item	Faktor- ladung	Item- trennschärfe
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	0,841	0,799
Menschen, die ich im Offline-Leben kennenlerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	0,736	0,704
Mein Leben vor dem Internet war leer.	0,753	0,711
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	0,790	0,752
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	0,841	0,799
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	0,745	0,730
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	0,792	0,768
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	0,747	0,724
Nur im Internet kann ich so sein wie ich bin.	0,762	0,758
Ich kann es kaum erwarten, online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	0,723	0,718
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	0,771	0,756
Online lerne ich schneller Menschen kennen als offline.	0,721	0,722
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	0,798	0,758

übrig mit einem Trennschärfe-Bereich zwischen 0,653 und 0,799. Diese Items wurden für eine weitere Studie übernommen (siehe Tabelle 1).

Ausgehend von Davis' (2001) Modell ließen sich folgende Hauptfragestellungen für eine Untersuchung definieren: Unterscheiden sich Menschen mit problematischem Internetgebrauch von gesunden Individuen hinsichtlich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen? Spielen diese Kognitionen auch eine Rolle bei einer bereits bestehenden Pathologie wie beispielsweise der Sozialphobie?

## 2. Methoden und Ergebnisse

Zur Überprüfung der vorhin genannten Fragestellungen kamen neben einem soziodemografischen Fragenteil auch die Internet-Sucht-Skala (Hahn und Jerusalem, 2001) und die Social Interaction Anxiety Scale (Stangier, Heidenreich, Berardi, Golbs & Hoyer, 1999) zum Einsatz. Bei einer ersten Auswertung des Fra-

► Tabelle 2. Problematischer Internetgebrauch und internetspezifische maladaptive Kognitionen.

Internetspezifische Kognition	Problematischer Internetgebrauch		Unauffälliger Internetgebrauch	
	M	SD	M	SD
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	2,60	1,302	1,36	0,820
Menschen, die ich im Offline-Leben kenne, lerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	2,93	1,502	1,63	1,059
Mein Leben vor dem Internet war leer.	2,11	1,380	1,20	0,617
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	3,27	1,219	1,59	0,924
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	3,07	1,429	1,48	0,949
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	3,05	1,413	1,83	1,168
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	3,55	1,220	1,33	0,746
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	3,22	1,400	1,83	1,179
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	2,87	1,404	1,54	0,918
Ich kann es kaum erwarten, online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	3,98	1,195	1,70	1,106
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	2,95	1,344	1,69	1,072
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	3,06	1,561	1,41	0,867
Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline.	3,19	1,555	1,58	1,088

gebogenteils „Internetspezifische Maladaptive Kognitionen“ ergaben sich anhand der Daten von 797 Usern ähnlich hohe Werte wie in der Vorstudie, Cronbach's Alpha lag über 0,928.

861 User füllten die Internet-Sucht-Skala aus. Hier konnten 10,2 % (88 User) der Gruppe der User mit „pathologischem Internetgebrauch“ und 5 % (43 User) der Gruppe der Personen mit „Internetsucht“ zugeteilt werden. Da nicht alle den Fragebogen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen vollständig ausfüllten, konnten nur 797 Datensätze für eine weitere Auswertung herangezogen werden. Eine Varianzanalyse hinsichtlich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen ergab, dass es höchst signifikante Unterschiede zwischen Menschen mit pathologischem Internetgebrauch ( $n = 85$ ) und unauffälligen Nutzern ( $n = 712$ )

#### IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

► Tabelle 3. Sozialphobie und internetspezifische maladaptive Kognitionen

Internetspezifische Kognition	Sozialphobie		Unauffällige Nutzer	
	M	SD	M	SD
Ich kann nur im Internet meine wahre Persönlichkeit zeigen.	2,33	1,334	1,27	0,685
Menschen, die ich im Offline-Leben kennen- lerne, wissen nicht, wie ich wirklich bin.	2,61	1,496	1,53	0,963
Mein Leben vor dem Internet war leer.	1,84	1,215	1,16	0,553
Wenn ich online bin, blühe ich auf.	2,53	1,303	1,56	0,923
Im Internet fühle ich mich besser verstanden.	2,52	1,446	1,42	0,888
Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten.	2,88	1,405	1,71	1,082
Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin.	2,30	1,381	1,37	0,864
Ich kann Konflikte online leichter ansprechen.	2,87	1,434	1,74	1,125
Im Internet präsentiere ich mich anders, als ich eigentlich bin.	2,28	1,290	1,52	0,926
Ich kann es kaum erwarten, online zu sein, wenn ich den PC einschalte.	2,63	1,470	1,76	1,214
Ich kann Konflikte online direkter austragen.	2,51	1,332	1,64	1,054
Ich verbringe viel Zeit in Chats oder Foren, nur um nicht alleine sein zu müssen.	2,41	1,502	1,37	0,830

gibt mit  $F(13, 783) = 51,69$  und  $p < 0,001$ . Die Feststellungen mit den größten Mittelwerten waren „Ich kann es kaum erwarten, online zu sein, wenn ich den PC einschalte“, „Ich verspüre ein Gefühl der Erleichterung, sobald ich online bin“ und „Wenn ich online bin, blühe ich auf“ (siehe Tabelle 2).

Die Auswertung von 918 Personen mit Hilfe der Social Interaction Anxiety Scale ergab, dass 20,3 % (186 Personen) in die Gruppe der User mit Sozialphobie einzuordnen waren. 793 füllten sowohl die Social Interaction Anxiety Scale als auch den Fragebogen bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen vollständig aus. Verglichen mit unauffälligen Usern ( $n = 629$ ) in der Stichprobe ergaben sich bei den Sozialphobikern ( $n = 164$ ) hoch signifikante Unterschiede hinsichtlich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen ( $F(13, 779) = 22,709$ ;  $p < 0,001$ ). Ähnlich den Ergebnissen bei Usern mit problematischem Internetgebrauch fällt auch hier auf, dass Menschen mit Sozialphobie generell zu höheren Antwortkategorien

tendierten. Items mit den größten Mittelwerten innerhalb der Teilstichprobe mit Sozialphobie waren: „Bei Diskussionen im Internet kann ich einfacher meinen Standpunkt vertreten“, „Ich kann Konflikte online leichter ansprechen“ und „Ich lerne online mehr freundliche Menschen kennen als offline“ (siehe Tabelle 3).

901 User gaben die Gesamtzahl der Stunden an, die sie pro Woche online verbrachten. Es ergab sich ein Mittelwert von 19,47 Stunden pro Woche, der Median lag bei 13 Stunden. Mit Hilfe eines Mediansplit wurde die Stichprobe in zwei Gruppen geteilt und untersucht, ob Sozialphobiker eher in der ersten Gruppe (weniger als 13 Stunden pro Woche online) oder in der zweiten Gruppe (mehr als 13 Stunden pro Woche online) anzutreffen sind. Es ergaben sich signifikante Unterschiede mit  $\chi^2 (1, n = 901) = 17,896$  und  $p < 0,001$ . Von 184 Menschen mit Sozialphobie befinden sich 35,87% ( $n = 66$ ) in der ersten Gruppe und 64,13% ( $n = 118$ ) in der zweiten Gruppe. Weiters wurden in der Gruppe mit mehr Onlinestunden pro Woche signifikant öfters höhere Antworten abgegeben ( $F (13, 149) = 2,593$  und  $p = 0,003$ ).

### 3. Diskussion der Hinweise aus der Literatur und der Ergebnisse

Die vorliegenden Ergebnisse lassen darauf schließen, dass Menschen mit einem problematischen Internetgebrauch ihre Persönlichkeitsentfaltung mit dem Internet verbinden („sie blühen online auf“). Sie scheinen dazu zu neigen, positive soziale Erlebnisse mit dem Internet zu verknüpfen. Aus gesundheitspsychologischer Perspektive ist es von Interesse, (internetspezifische) maladaptive Kognitionen bereits im Vorfeld zu erfassen, da diese im Sinn des Diathese-Stress-Modells den Weg für eine psychopathologische Störung bereiten können.

In der Stichprobe befand sich eine hohe Prozentzahl von Menschen mit sozialer Phobie. Stangier, Clark und Ehlers (1999) sprechen von acht bis maximal 16% in der Normalbevölkerung, die an sozialer Phobie leiden, in dieser Stichprobe waren es 20%. Dies scheint ein Hinweis darauf zu sein, dass sich Menschen mit einer Psychopathologie vermehrt im Internet tummeln und daher verstärkt dort anzutreffen sind. Dies hätte weitreichende Folgen für zukünftige Onlinestudien, da Ergebnisse aus der Internetpopulation nicht im gleichen Maß übertragbar auf die Normalbevölkerung sind, wenn einzelne Subgruppen dort öfter anzutreffen sind.

Aus den Ergebnissen des Fragebogens bezüglich internetspezifischer maladaptiver Kognitionen geht hervor, dass manche Sozialphobiker im Internet mehr aus sich herausgehen können und dort im Sinne eines besseren Selbstwertgefühls auch eher bereit sind, Konflikte offen anzusprechen (wie oben genannte Feststellungen mit den höchsten Mittelwerten vermuten lassen). Wie schon von Davis (2001) postuliert, scheint tatsächlich eine Neigung vorhanden zu sein, positive soziale Episoden vorwiegend online zu erleben. Grundsätzlich können soziale Kontakte,

auch wenn sie sich nur über Internet ergeben, nicht als negativ angesehen werden. Für die psychologische Praxis könnte das verstärkte Aufsuchen von sozialen Kontakten über Internet sogar ein Vorteil sein, da psychologische Beratung niedrigschwellig über Internet für Menschen angeboten werden kann. Hier ergeben sich Chancen für „Online-Beratung“ für Menschen, die sonst nicht in der Lage wären, einen Professionisten aufzusuchen. Die Gefahr besteht allerdings darin, dass soziale Kontakte aufgrund von Generalisierung („Offline sind alle Menschen unfreundlich zu mir“) vorwiegend online stattfinden. Relevante soziale Skills könnten so verloren gehen. Die Herausforderung für Professionisten aus dem Gesundheitsbereich liegt darin, hier für betroffene User eine gesunde Balance zwischen einem Online- und Offlineleben zu vermitteln.

Der Fokus bei einem problematischen Internetgebrauch sollte vor allem auch auf maladaptive Kognitionen gelegt werden. Für die Gesundheitspsychologie ist es von Interesse, diese bereits im Vorfeld aufzuspüren, und mit den Betroffenen gemeinsam eine Strategie eines adäquaten Internetgebrauchs zu entwerfen. Das Modell von Davis setzt einen Schwerpunkt auf internetspezifische maladaptive Kognitionen, um daraus effektive Interventionsstrategien ableiten zu können. Gesundheitspsychologische Interventionen können darauf abzielen, auf Gefahren eines übermäßigen Internetgebrauchs aufmerksam zu machen, und kognitive Verzerrungen noch vor ihrem Entstehen zu unterbinden. Bezogen auf problematischen Internetgebrauch bedeutet dies, dass vermehrt Augenmerk auf „Heavy User“ (Menschen, die sehr viel Zeit pro Woche online verbringen) gelegt werden sollte. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, je mehr Zeit User mit psychopathologischen Störungen online verbringen, desto eher neigen sie zu maladaptiven Kognitionen. Auch in der Literatur finden sich vielfach Hinweise darauf, dass gerade „Heavy User“ verstärkt zu psychischen Auffälligkeiten und Pathologien neigen (Greenfield, 2000; Lehenbauer, 2006; Orzack & Orzack, 1999; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosla & McElroy, 2000; Young & Rogers, 1998). Ob das Internet als Auslöser oder als Aufrechterhalter von psychopathologischen Störungen gelten kann, bleibt offen. Für die Gesundheitspsychologie stellt es in jedem Fall einen wichtigen Bereich dar, da bei der Erhaltung von (psychischer und körperlicher) Gesundheit und der Erforschung und Entwicklung gesundheitsfördernder Maßnahmen in keinem Fall auf dieses mittlerweile weit verbreitete und in den Alltag vieler Menschen hineinreichende Medium verzichtet werden kann.

## 4. Literatur

- ANDERSSON G. & CARLBRING P. (2006). Internet-Based Self-Help with Therapist Feedback and In Vivo Group Exposure for Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 677–686.
- BECK A. (2001). *Kognitive Therapie der Depression*. Basel: Beltz Verlag.
- CAMPBELL A. J., CUMMING S. R., HUGHES I. (2006). Internet Use by the Socially Fearful: Addiction or Therapy? *CyberPsychology and Behavior*, 9 (1), 69–81.

- CAPLAN S. E. (2006). Beyond Excessive Use: The Interaction between Cognitive and Behavioral Symptoms of Problematic Internet Use. *Communication Research Reports*, 23 (4), 265–271.
- CARLBRING P., BORHMAN S., BRUNT S., BUHRMAN M., WESTLING B., EKSELIUS L. & ANDERSSON G. (2006). Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet-Based Cognitive-Behavioural Therapy Supplemented With Telephone Calls. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2119–2125.
- CARLBRING P., GUNNARSDÖTTIR, M., HEDENSJÖ L., ANDERSSON G., EKSELIUS L. & FURMARK T. (2007). Treatment of Social Phobia: Randomised Trial of Internet-delivered Cognitive-behavioural Therapy with Telephone Support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123–128.
- CHAK K. & LEUNG L. (2004). Shyness and locus of control as predictors of internet addiction and internet use. *CyberPsychology and Behavior*, 7, pp. 559–570.
- DAVIS R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17, 187–195.
- DAVIS R. A., FLETT G. L. & BESSER A. (2002). Validation of a New Scale for Measuring Problematic Internet Use: Implications for Pre-employment Screening. *CyberPsychology and Behavior*, 5 (4), 331–345.
- EICHENBERG C. & OTT R. (1999). Internetabhängigkeit: Massenphänomen oder Erfindung der Medien? Retrieved May 3rd, 2006, from <http://www.heise.de/ct/99/19/106>
- ELLIS A. (1997). *Grundlagen und Methoden der Rational-Emotiven Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- FERRARO G., CACI B., D'AMICO A. & DI BLASI M. (2007). Internet Addiction Disorder: An Italian Study. *CyberPsychology and Behavior*, 10 (2), 170–175.
- GREENFIELD D. N. (2000). *Suchtfälle Internet: Hilfe für Cyberfreaks, Netheads und ihre Partner*. Düsseldorf: Walter Verlag.
- GROHOL J. M. (1999a). *Internet addiction guide*. Retrieved Sept 17th, 2007, from <http://psychcentral.com/netaddiction>.
- GROHOL J. M. (1999b). Too much time online: Internet addiction or healthy social interactions? *CyberPsychology and Behavior*, 2, 395–401.
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In J. Reithel (Hrsg.), *Risikoverhalten Jugendlicher: Erklärungen, Formen und Prävention*. Berlin: Leske & Budrich.
- KRATZER S. (2006). *Pathologische Internetnutzung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- KRYSPIN-EXNER I., JAGSCH R., & STETINA B. U. (2002). E-Health: Über Wirkungen und Nebenwirkungen informiert Sie??? *Psychologie in Österreich*, 22 (4), 148–155.
- KURIER (2007, 17. September). Tod vor dem Computer. Retrieved September 25th, 2007, from <http://www.kurier.at/nachrichten/techno/109545.php>
- LEHENBAUER M. (2006). *Pathologischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Internetspezifische Maladaptive Kognitionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit: Universität Wien.
- LEHENBAUER M., STETINA B. U. & KRYSPIN-EXNER I. (2006, September). *Maladaptive Cognitions Concerning the Internet*. Poster presented at the 20th European Health Psychology Conference, Warsaw, Poland.
- MEICHENBAUM D. (2002). *Intervention bei Stress. Anwendungen und Wirkung des Stressimpfungstrainings*. Bern: Huber Verlag.



#### IV. (UNERWÜNSCHTE) NEBENWIRKUNGEN

- ORZACK M. & ORZACK D. (1999). Treatment of computer addicts with complex co-morbid psychiatric disorders. *CyberPsychology and Behavior*, 2, 465–473.
- STANGIER U., HEIDENREICH T., BERARDI A., GOLBS U. & HOYER J. (1999). Die Erfassung sozialer Phobie durch die Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) und die Social Phobia Scale (SPS). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 28, 28–36.
- STANGIER I., CLARK D. M. & EHLERS A. (2006). *Soziale Phobie*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- STANGL O. G. (2006). *Gesundheitspsychologisch relevante Determinanten des online Bezugs von Pharmaka: Ressourcen- oder Risikoorientierung im Kontext netzbasierter Informationssuche?*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- STETINA B. U. (2003). *Akzeptanzorientierte Präventionsmaßnahmen zum Missbrauch von Ecstasy (MDMA) – Einstellungen von Konsumenten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- STETINA B. U. (2005). *Exploration von „Hidden Populations“ am Beispiel Freizeitdrogenkonsum: Eine psychologische Online-Studie über das Potential des Internet in der Drogenforschung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- SHAPIRA N., GOLDSMITH T., KECK P. JR., KHOSLA U. & MCELROY S. (2000). Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *Journal of Affective Disorders*, 56, 267–272.
- SUHAIL K. & BARGEES Z. (2006). Effects of Excessive Internet Use on Undergraduate Students in Pakistan. *CyberPsychology and Behavior*, 9 (3), 297–307.
- TZANETAKIS R. (2001). *Ausprägung des Flow-Erlebnis beim Internetsurfverhalten: in Abhängigkeit von persönlichen und situativen Faktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Universität Wien.
- TZANETAKIS R. (2003). *The psychophysiology of the flow-experience and its relationship to situation and personality – an internet user analysis*. Abstract from the Annual Meeting of the German Society of Psychophysiology and Its Applications, Würzburg, Germany.
- WIDYANTO L. & GRIFFITHS M. (2006). ‚Internet addiction’: A Critical Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 4, 31–51.
- YOUNG K. S. (1996a). Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899–902.
- YOUNG K. S. (1996b). Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior*, 3 (1), pp. 237–244.
- YOUNG K. S. (1998). Caught in the Net: How to Recognize the Signs of Internet Addiction – and a Winning Strategy for Recovery. New York: John Wiley & Sons.
- YOUNG K. S. (1999). Internet Addiction: Symptoms, Evaluation and Treatment. In: VandeCreek L. & Jackson T. L. (Eds.), *Innovations in Clinical Practice: A Source Book* (Vol. 17) (pp. 19–31). Sarasota: Professional Resource Press.
- YOUNG K. S. & ROGERS R. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *CyberPsychology and Behavior*, 1, 25–28.
- YUEN C. N. & LAVIN M. J. (2004). Internet Dependence in the Collegiate Population: The Role of Shyness. *CyberPsychology & Behavior*, 7 (4), 379–383.
- ZIMMERL H. D. & PANOSCH B. (1999). *Internetsucht – eine neuomodische Krankheit?*. Retrieved April 16th, 2006, from <http://gin.uibk.ac.at/thema/internetsucht>

**V.**

**Forschung**

# Einblicke in Online-Research – Das Internet als Medium zur Datenerhebung

Barbara Strassnig\*

## 1. Einführung in Online-Research

### 1.1. Definition

Mit dem Begriff Online-Research wird im weitesten Sinn die Datenerhebung in computerbasierten Netzwerken bezeichnet (Batinic, 2004), also die Nutzung von Erhebungsverfahren, die das Internet auf irgendeine Weise als Medium nützen. Ein einheitlicher Begriff für die Forschung mit Hilfe des Internets hat sich noch nicht eingebürgert, Bezeichnungen wie web- oder internetbasierte Erhebungen oder Online-Untersuchungen werden ebenfalls verwendet. Online-Research kann grundsätzlich in allen Bereichen der sozialwissenschaftlichen Forschung stattfinden. Welker et al. (2005) zählen unter anderem folgende Erscheinungsformen auf:

- Grundlagen- und angewandte Forschung
- Quantitative und qualitative Forschung
- Deskriptive, hypothesentestende und -entwickelnde Forschung

### 1.2. Zugang zum Internet

War Mitte der 90er Jahre Online-Research noch die Ausnahme, hat sich mit der steigenden Verbreitung von Internetzugängen diese Methode der sozialwissenschaftlichen Forschung immer mehr etabliert. Inzwischen haben in Österreich

---

\* Korrespondenzadresse: Barbara Strassnig, Fakultät für Psychologie, Liebiggasse 5, 1010 Wien, Österreich, E-Mail: barbara.strassnig@univie.ac.at

67% der Bevölkerung einen Internet-Zugang, wobei 56% der Bevölkerung das Internet intensiv (mehrmals die Woche) nutzen. Nahezu jede Firma oder Organisation hat einen Internetauftritt (Homepage) bzw. ermöglicht es ihren MitarbeiterInnen am Arbeitsplatz auf das Internet zuzugreifen<sup>1</sup>. Der Zugang zum Internet ist allerdings nicht gleichmäßig auf die Bevölkerung verteilt, Männer sind noch immer häufiger online (70%) als Frauen (60%), auch wenn sich die Werte immer mehr annähern (im Vergleich 2002 waren 60% der österreichischen Männer online und nur 40% der Frauen).

Die Entwicklung der letzten Jahre zeigt, dass die Nutzung des Internets auch in Zukunft weiter steigen wird. Das Internet hat in vielen Bereichen des Alltags und Berufslebens Einzug gehalten und ist kaum mehr wegzudenken. Der großflächigere Zugang und immer interaktivere Nutzungsmöglichkeiten eröffnen neue Forschungsfelder, sowohl als Medium der Präsentation von Untersuchungen als auch in inhaltliche Bereichen, wie Auswirkungen von Online-Selbsthilfegruppen (Eysenbach et al., 2004).

### 1.3. Organisationen und Standards

Die steigende Verbreitung von Online-Research führte auch zu Gründungen diverser Organisationen, die sich mit Online-Research beschäftigen. Die älteste dieser Institutionen im deutschsprachigen Raum ist die 1998 gegründete *Deutsche Gesellschaft für Online Forschung* (D.G.O.F.). Diese hat es sich zur Aufgabe gemacht, sowohl wissenschaftliche als auch anwendungsorientierte Online-Forschung zu fördern und deren Qualität zu sichern. Auf der Homepage der D.G.O.F. finden sich umfangreiche Standards zur Qualitätssicherung ([http://www.adm-ev.de/quali\\_online.html](http://www.adm-ev.de/quali_online.html)). Diese Richtlinien wurden speziell für Online-Befragungen entwickelt, da Befragung sowohl offline wie online die am häufigsten angewandte Methode in den Sozialwissenschaften ist (Bortz & Döring, 2002; Welker, 2007). In ihren Qualitätsstandards definiert die D.G.O.F. Online-Befragungen wie folgt:

- Befragungen, bei denen TeilnehmerInnen im Internet Online-Fragebögen ausfüllen, die auf einem Server gespeichert sind.
- Befragungen, in denen InternetnutzerInnen Fragebögen von einem Server herunterladen und ausgefüllt per E-Mail zurücksenden.
- Befragungen, bei denen Personen per E-Mail Fragebögen zugesandt erhalten und diese nach Beantwortung wieder zurücksenden.

---

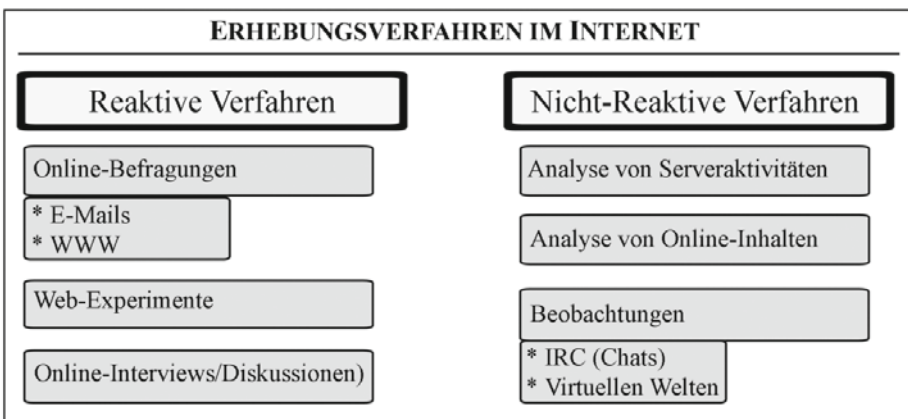
<sup>1</sup> Quelle: INTEGRAL, AIM – Austrian Internet Monitor. (2007). 3000 ÖsterreicherInnen, ab 14 Jahren.

Verfügbar unter: [http://www.integral.co.at/dImages/AIM-Consumer\\_-\\_Q3\\_2007.pdf](http://www.integral.co.at/dImages/AIM-Consumer_-_Q3_2007.pdf)

## 2. Verfahren von Online-Research

Das Internet bietet wesentlich mehr Möglichkeiten, als nur eine Befragung von Papier auf den Bildschirm zu übertragen. Abbildung 1 zeigt eine Übersicht möglicher Methoden von Online-Research. Hier wird zwischen reaktiven und nicht-reaktiven Verfahren differenziert (Batinic & Bosnjak, 2000). Zu den reaktiven Verfahren zählen neben den Online-Befragungen auch Web-Experimente und Online-Interviews bzw. Diskussionen. Interviews können in schriftlicher Form mit einfachen Mitteln wie Chats oder Instant Messengers (z.B. ICQ) umgesetzt werden. Durch die ständige technische Weiterentwicklung und schnelle Internet-Leitungen werden auditive Kommunikationsformen wie das Telefonieren über das Internet (Voice over IP - VoIP) möglich.

Unter den nicht-reaktiven Verfahren werden Analysen der Protokolldateien zur Server-Aktivität (Logfile-Analysen) und Beobachtungen in virtuellen textbasierten Welten zusammengefasst. Eine Form von virtuellen Realitäten sind so genannte Multi-User-Domains oder Multi-User-Dungeons, kurz MUDs. Diese stellen Abenteuerrollenspiele in verschiedenen Ausgestaltungen dar und können auch eine soziale und lernbezogene Orientierung aufweisen (Utz, 1999). Beispiel eines MUDs ist die viel diskutierte 3D-Umgebung der virtuellen Welt „Second Life“, in der InternetnutzerInnen über Avatare interagieren können und in welcher inzwischen schon viele Firmen aus der realen Welt zu finden sind. Untersuchungen in diesem Feld sind recht selten, als eine Ausnahme sei auf eine Studie von Schiano (1997) verwiesen, in der die Autorin eine soziale Online-Community hinsichtlich der Faktoren Nutzer und Nutzung, Sozialität, Identität, räumliches Verhalten und Wahrnehmung analysiert.



► Abbildung 1. Erhebungsverfahren im Internet (adaptiert nach Batinic & Bosnjak, 2000).

Häufiger als virtuelle Welten werden die Aktivitäten von Servern bestimmter Internetseiten analysiert. Ein typisches Beispiel ist die Analyse des Kundenverhaltens auf einer Webseite. Diese kann unter anderem dazu genutzt werden, individuell abgestimmte Produktvorschläge zu erstellen und den KundInnen zu offerieren.

Weitere Informationen und Beschreibungen der einzelnen Formen von Online-Research finden sich unter anderem auch bei Welker et al. (2005).

### 3. Besonderheiten von Online-Research – Forschung am Bildschirm

Online-Umsetzungen bestimmter Verfahren unterliegen den gleichen Gütekriterien wie ihre Offline-Vertreter. Dazu gehören neben spezifischen Aspekten jeweiliger Verfahren auch grundlegende Gütekriterien wie Reliabilität, Validität und Objektivität. Auf diese wird im Kapitel *Ethische Aspekte und Qualitätssicherung von Online-Research* dieses Buches näher eingegangen. Zusätzlich gibt es aber einige Besonderheiten, die einzigartig im Online Bereich sind.

#### 3.1. Darstellung am Bildschirm – individuelle Hardware

Nehmen Personen an Online-Untersuchungen teil, werden die entsprechenden Dateien nach einem Aufruf (z.B. Anklicken eines Links) an die Personen verschickt. Die TeilnehmerInnen nutzen ihre eigene technische Ausstattung, um auf die Untersuchung zugreifen zu können. Im Grunde ist nichts über die aktuelle Situation der Untersuchung bekannt, außer dass die TeilnehmerInnen Zugang zum Internet haben und sich vor einem (Computer-)Bildschirm befinden, welcher HTML<sup>2</sup> (oder eine äquivalente Programmiersprache) darstellen kann. Diese Ungewissheit über die grafische Darstellung der Untersuchung kann sich störend auf die Ergebnisse auswirken (Dillmann & Bowker, 2001). Verschiedene Monitore (z.B. Flach- oder Röhrenbildschirme) stellen Farben unterschiedlich dar, die Präsentation bestimmter optisch-grafischer Anweisungen von HTML-Befehlen einer Internet-Seite ist in verschiedenen Browsern nicht einheitlich (Schmidt, 2000). Gravierender ist es, wenn zum Beispiel verschiedene Auflösungen dazu führen, dass ein Teil der befragten Personen alle relevanten Informationen auf einem Blick sieht, während ein anderer Teil scrollen muss.

Trotzdem können durch die Berücksichtigung einiger Punkte diese Störvariablen wesentlich verringert werden. Die Kompatibilität mit verschiedenen Browsern

---

<sup>2</sup> HTML (*Hypertext Markup Language*) ist eine textbasierte Programmiersprache zur Strukturierung von Inhalten wie Texten, Bildern und Hyperlinks in Dokumenten. HTML-Dokumente sind die Grundlage des Internets und werden von einem Browser dargestellt.

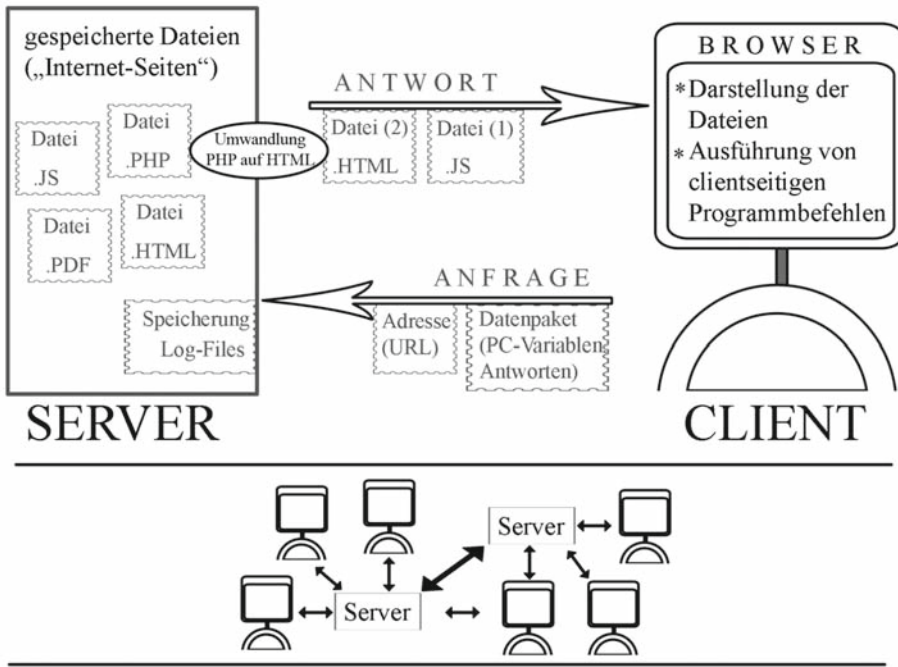
kann einerseits durch das Vermeiden von ungebräuchlichen Programmierbefehlen gesteigert werden, andererseits ist es wichtig vor der eigentlichen Durchführung der Untersuchung diese ausgiebig auf verschiedenen Browsern und Betriebssystemen zu testen. Wenn man bei der Programmierung auf die Kompatibilität mit allen gängigen Browsern achtet, kann der Einfluss dieser Störvariablen meist vernachlässigt werden (Dillmann & Bowker, 2001). Möchte man auf Nummer sicher gehen, ist es möglich, solche computerbezogenen Variablen (z.B. Bildschirmauflösung, Version des Browsers) als Kontrollvariablen zu erheben. Dies erlaubt zumindest eine Überprüfung im Nachhinein.

### 3.2. Neue Möglichkeiten durch Internet-Techniken

Die technischen Besonderheiten des Internets verlangen aber nicht nur bei der eigentlichen Übermittlung und Darstellung der Online-Erhebungen besondere Aufmerksamkeit. Bereits bei der Erstellung gibt es verschiedene Aspekte, die zu berücksichtigen sind.

Während zu Beginn von Online-Research oftmals einfach Textdokumente als Anhang in einem E-Mail verschickt worden sind, die sich in ihrer Funktionalität nicht stark von ausgedruckten Versionen der Datei unterschieden haben, bietet das Internet wesentlich mehr Möglichkeiten. Bilder, Videos oder Musikdateien lassen sich ohne großen Aufwand in Untersuchungen verwenden, sofortige Rückmeldungen über Ergebnisse lassen sich ebenfalls im Internet realisieren. Die Antworten von TeilnehmerInnen werden zumeist mittels Eingabefelder, die auf vordefinierten Formularen in HTML beruhen, erhoben (z.B. *Checkboxes* oder *Radio-Buttons*). Diese Formulare unterscheiden sich teilweise von den traditionellen Möglichkeiten (des Papiers) und bei der Erstellung von Online-Erhebungen sollte auf die Eigenheiten der jeweiligen Eingabefelder geachtet werden (Birnbaum, 2004).

Die Realisierung von Untersuchungen kann inzwischen von Softwareprogrammen mit grafischer Oberfläche gelöst werden, trotzdem ist es empfehlenswert sich mit den Grundzügen der Internetarchitektur vertraut zu machen. Das Internet besteht aus einer Server-Client-Architektur (vgl. Abb. 2), wobei Dateien, zumeist HTML-Seiten, auf dem Server gespeichert sind und diese nach einer entsprechenden Anfrage (z.B. Anklicken eines Links) eines PCs oder Laptops – der als Client bezeichnet wird – an diesen geschickt werden. Die Zuordnung der gewünschten Datei erfolgt meist über eine internetspezifische Adresse (wie <http://www.websm.org>). Der Client kann ebenfalls Daten, wie in einer Online-Befragung gegebene Antworten, auf den Server zurückschicken (Schmidt, 2000). Entsprechend dieser Struktur gibt es serverseitige und clientseitige Programmiersprachen zur Durchführung von Befehlen und Funktionen im Internet. Beide Arten der Programmierung haben ihren Platz bei der Erstellung von Untersuchungen und sollten entsprechend ihrer Spezifika eingesetzt werden (siehe 8. Konkrete Umsetzung von Online-Erhebungen).



► **Abbildung 2. Server-Client-Architektur des Internets und Verschickung von Dateien.**

(1) Clientseitige Programmbefehle werden als Dateien (z. B. Javascript - .JS) an den Client geschickt und erst dort ausgeführt. (2) Bei PHP, einer serverseitigen Programmiersprache, werden die Befehle am Server ausgeführt und basierend auf den Befehlen eine entsprechende HTML-Datei erstellt. Erst dann wird die erstellte Datei an den Client geschickt.

## 4. Vorteile von Online-Research

Hat man sich einmal für die Durchführung von einer Erhebung online entschieden, bietet Online-Research viele Vorteile – immer vorausgesetzt die Erstellung entspricht den Qualitätsstandards und berücksichtigt die Besonderheiten des Internets.

### 4.1. Ökonomisch im Einsatz

Am häufigsten genannt werden zumeist die ökonomischen Vorteile. Online-Erhebungen lassen sich *ohne großen monetären Aufwand* umsetzen. Neben geringen finanziellen Kosten, bei gleichzeitig großer Medienvielfalt, ist die Datenerhebung selbst ebenfalls sehr ökonomisch und vor allem schnell. Es hat sich in verschiedenen unabhängigen Online-Untersuchungen gezeigt, dass ein Großteil der Antworten innerhalb der ersten drei Tage gegeben wird (Sivadas & Raj Mehta, 1995;



Shannon & Bradshaw, 2002; Welker et al., 2005). Schäfer und Dillman (1998) vergleichen die Antwortzeiten zwischen E-Mail- und postalischen Befragungen. In diesen Studien wurden über 50 % der E-Mail-Fragebögen bereits zurückgesandt, bevor die ersten Fragebögen aus der postalischen Aussendung eingingen.

*Räumliche Trennung beziehungsweise geografische Grenzen* zwischen teilnehmenden Personen und Forschenden verschwinden durch den Einsatz des Internets (Yun & Trumbo, 2000). Bereits Ende des letzten Jahrtausends führten Swoboda et al. (1997) eine weltweite internetbasierte Umfrage über E-Mail durch. Vor allem für internationale Studien und kulturelle Vergleiche eröffnet der Einsatz von Online-Research viele neue Möglichkeiten. Zum Beispiel wurde der Lebensstil von Personen in den U.S.A. und Europa verglichen (Breneman et al., 2005), weiters wurden englischsprachige Personen auf der ganzen Welt über die Privatsphäre im kommerziellen Bereich befragt (Bellman et al., 2002).

Für Online-Erhebungen (bei adäquater Speicherung) sind *mehr TeilnehmerInnen nicht gleichbedeutend mit mehr Aufwand* (Schmidt, 1997). Daten liegen bereits in elektronischer Form vor und müssen nur noch von einer Software (Datenbanken) in eine andere Software (Auswertungsprogramme) übertragen werden. Dies kann zumeist mit wenigen Klicks gemacht werden. Neben der großen zeitlichen Ersparnis (da das Übertragen von Antworten eines Paper-Pencil-Fragebogens in ein jeweiliges Programm wegfällt) ist hier vor allem die geringe Fehleranfälligkeit hervorzuheben, da Eingabefehler eigentlich nicht möglich sind.

## 4.2. Erhebung nicht-reaktiver Daten

Nicht-reaktive Daten lassen sich im Internet relativ leicht erheben und untersuchen. Während sich Personen im Internet befinden, geben sie sehr viele Informationen über sich preis. Dazu gehören Daten über die technische Ausstattung, die individuelle Adresse des PCs im Internet (IP-Adresse), Zeitpunkt und Dauer des Besuches bestimmter Internetseiten; sogar Mausbewegungen und gesetzte Klicks können aufgezeichnet und gespeichert werden. Diese Daten können einerseits eigentlicher Zweck einer nicht-reaktiven Untersuchung sein, z.B. für eine Kontaktmessung einer Internetseite (Werner, 1999), andererseits können bestimmte Kontextvariablen zusätzlich zu einer reaktiven Befragung gezielt miterhoben werden. Häufig werden Uhrzeiten gespeichert, um damit auf die Dauer der Untersuchungen schließen, die aktivsten Zeiten der TeilnehmerInnen festzustellen oder für eine Drop-Out-Analyse heranzuziehen (Reips, 2002). Ist die Darstellung einer Untersuchung von großer Bedeutung, empfiehlt es sich Informationen über das Betriebssystem, den Browser und die Auflösung des Bildschirms festzuhalten.

## 4.3. Adaptivität und Flexibilität

Ein wesentlicher Vorteil von Online-Research ist die Möglichkeit der dynamischen und flexiblen Gestaltung. Die Programmiersprachen, die im Internet ver-

wendet werden, erlauben den Verlauf des Fragebogens an die jeweiligen Angaben der teilnehmenden Personen automatisch anzupassen. Ist zum Beispiel ein Teil der Untersuchung nicht für alle Personen passend, kann dies durch eine Filterfrage festgestellt werden. Folgend bekommt die betreffende Person nur die für sie relevanten Items präsentiert. Das führt auch zu einem positiven Nutzen für die TeilnehmerInnen. Diesen kann erstens Zeit erspart werden, da sie keine unnötigen Fragen erhalten, zweitens ist der Verlauf des Fragebogens eindeutig vorgegeben. Die Personen müssen nicht selbst entscheiden, wann sie einen Fragenblock überspringen sollen. Der Einsatz von Programmiersprachen – anstatt Bleistift und Papier – bietet noch viele weitere Möglichkeiten. Beispielsweise können Items randomisiert dargeboten werden, um Reihenfolgeeffekte zu verhindern. Es ist weiters möglich, die TeilnehmerInnen sofort auf eine ausgelassene Frage hinzuweisen. Auch experimentelle Bedingungen lassen sich einfach realisieren, meist ohne das Wissen der TeilnehmerInnen.

### 4.4. Erreichbarkeit spezifischer Gruppen

Im Internet lassen sich sehr gezielt Gruppen von Personen ansprechen, da das Internet viele Möglichkeiten bietet, miteinander zu kommunizieren und Erfahrungen auszutauschen, wie etwa themenspezifische Diskussionsforen. Diese Foren sind meist frei zugänglich und über diverse Suchmaschinen schnell und einfach zu finden. Das erlaubt Forschenden einen leichteren Zugang zu bestimmten Zielgruppen (Rhodes et al., 2003).

Viele stigmatisierte Personengruppen (z.B. mit dem HI-Virus infizierte Personen) bilden im Internet Selbsthilfegruppen bzw. Communities, somit werden sonst sehr schwer erreichbare Gruppen online auffindbar. Hinzu kommt, dass stigmatisierte Personen eher gehemmt sind, über ihre Erfahrungen zu sprechen, die größere soziale Distanz im Internet kann dazu beitragen, solche Hemmungen abzubauen (Wright, 2005).

## 5. Nachteile von Online-Research

Den genannten Vorteilen steht eine Reihe von Nachteilen bei Online-Erhebungen gegenüber. Die folgende Aufzählung soll nicht vollständig sein, sondern versucht die wichtigsten Aspekte herauszugreifen, die gegen einen Einsatz von Online-Erhebungsinstrumenten sprechen könnten.

### 5.1. Mangelnde Repräsentativität

Stichprobenrepräsentativität der Gesamtbevölkerung kann im Bereich von Online-Research nicht erreicht werden, solange nicht alle Personen Zugang zum Internet haben. Um Repräsentativität zu erreichen, muss eine Stichprobe die Grundgesamtheit – anhand bestimmter Parameter – möglichst gut abbilden (Bortz & Döring, 2002, S. 401). Meist wird davon ausgegangen, dass eine zufällig gezogene Stichprobe diese Anforderungen erfüllt. Die Grundgesamtheit der Internet-User ist unbekannt, dazu kommt noch, dass sich die TeilnehmerInnen selbst der Stichprobe zuweisen (freiwillige Teilnahme). Durch diese zwei Faktoren ist es für eine Online-Erhebung nicht möglich, bei Zufallsauswahl Repräsentativität zu erreichen (Hauptmanns, 1999).

Repräsentative Erhebungen werden in absehbarer Zeit nicht online durchzuführen sein, vergessen sollte man dabei aber nicht, dass auch viele andere Untersuchungen das Kriterium Repräsentativität nicht erreichen. Psychologische Untersuchungen werden zu 80% an Studierenden durchgeführt (Reips, 2000). Es zeigen sich auch kaum Tendenzen, dass sich diese spezielle Zusammensetzung von TeilnehmerInnen über die Zeit ändern könnte. Auch Birnbaum (2004) sieht das Internet als Möglichkeit, einen Zugang zu heterogeneren Stichproben zu bekommen als es bisher in der Forschung der Fall ist.

Einige Autoren üben zudem Kritik am Konzept der Repräsentativität und hegen Zweifel, ob diese überhaupt als sinnvolles Gütekriterium einer Auswahl heranzuziehen ist (vgl. von der Lippe & Kladroba, 2002).

### 5.2. Erhöhter Drop-Out

Drop-Out, also der Abbruch einer bereits angefangenen Untersuchung, tritt im Bereich von Online-Research im Vergleich zu Paper-Pencil-Untersuchungen generell verstärkt auf (Fricker et al., 2005). Mit jeder teilnehmenden Person, die abbricht, gehen wichtige Informationen verloren, damit wird auch die Aussagekraft der Untersuchung geringer (Erdfelder et al., 1996). Nicht nur die Aussagekraft der Ergebnisse sinkt, sondern die Ergebnisse können auch systematisch verfälscht sein, was vor allem der Fall ist, wenn der Drop-Out systematisch geschieht. Folglich ist auch die Interpretierbarkeit der Ergebnisse eingeschränkt. Es gibt verschiedenen Versuche, den Drop-Out zu reduzieren (Frick et al., 2001; Knapp & Heidingsfelder, 2001), als Beispiel sei auf die *high entrance barrier technique* (Reips, 1999; 2000) verwiesen, die im Punkt *Abbruch von Untersuchungen – Drop-Out und fehlende Antworten* näher erläutert wird.

### 5.3. Geringe Kontrolle über die Situation der Erhebung

Die Abwesenheit von Forschenden und die mangelnden Informationen über die aktuelle Situation während der Befragung können zu einer verringerten internen

Validität der Ergebnisse führen. Unterschiedliche Ausstattungen in den Endgeräten, wie Bildschirme, vergrößern insgesamt die Varianz. Störungen während des Untersuchungsablaufs (z.B. durch Telefonanrufe, anwesende Personen) können nicht ausgeschlossen werden und die Datenqualität beeinträchtigen. Der fehlende direkte Kontakt zwischen Forschenden und TeilnehmerInnen erschwert es auch, Unklarheiten oder Verständnisschwierigkeiten aufzuklären. Online-Erhebungen müssen von vornherein völlig nachvollziehbar und selbsterklärend sein.

Die fehlende Präsenz von VersuchsleiterInnen begünstigt, wie häufig befürchtet wird (Döring 2003), zudem mutwillig falsche oder unvollständige Angaben bzw. eine geringere Elaboriertheit der Antworten. Demgegenüber steht allerdings die Möglichkeit, dass durch die Abwesenheit von VersuchsleiterInnen teilnehmende Personen offener und eher bereit sind, auf sensible Fragen zu antworten bzw. in ihren Antworten ehrlicher sind (Rhodes et al. 2003).

## 6. Teilnehmende Personen – Stichprobe und Rekrutierung

Die UserInnen des Internets stellen besondere Anforderungen an Online-Research. Wie bereits bei den *Nachteilen* erwähnt, kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine online erhobene Stichprobe repräsentativ für die Gesamtbevölkerung ist. Die Gründe dafür liegen sowohl darin, dass Teile der Bevölkerung von der Nutzung des Internets ausgeschlossen sind (in Österreich etwa ein Drittel der Gesamtbevölkerung), als auch in den fehlenden Möglichkeiten, die Grundgesamtheit der InternetnutzerInnen zu erfassen (vgl. Welker et al., 2005).

Viele Untersuchungsfragen beziehen sich auf eine bestimmte Personengruppe. Weist diese Personengruppe eine überdurchschnittlich hohe Internet-Reichweite auf (z.B. Studierende, MitarbeiterInnen eines Unternehmens) eignet sich das Internet aber durchaus als Medium der Erhebung (Batinic & Bosnjak, 2000).

### 6.1. Möglichkeiten der Online-Rekrutierung

Ist die interessierende Zielgruppe ausreichend im Internet vertreten und Repräsentativität kein erklärtes Ziel einer Erhebung, kann ohne weiteres online rekrutiert und erhoben werden. Allerdings kommt noch das Problem der Freiwilligkeit bzw. der Selbstselektion hinzu. Diese ist abhängig von der Rekrutierungsart und der Motivation (Interesse am Thema, Dauer der Untersuchung) der potentiellen TeilnehmerInnen. Bezüglich der Rekrutierung werden aktive und passive Strategien unterschieden. Bei passiven Strategien wird es den potentiellen TeilnehmerInnen überlassen, auf die Erhebung aufmerksam zu werden und daran teilzunehmen. Zumeist werden Untersuchungen mit den passenden Begriffen versehen (META-tags), was dazu führt, dass Suchmaschinen bei entsprechenden Anfragen

► **Tabelle 1.** Auswahl von Rekrutierungsstrategien (Birnbaum, 2004; Welker et al., 2005).

Strategie	Merkmale
Persönliche <b>Einladung zur Teilnahme über Nachrichten</b> (Postings) in Diskussionsforen oder Newsgroups	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ansprechen von speziellen Zielgruppen möglich</li> </ul>
<b>Veröffentlichung eines Links</b> zur Untersuchung (Link) auf Internet-Seiten (bestimmte Seiten widmen sich speziell Online Erhebungen)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wenig Kontrolle über Besucher der Internet-Seiten</li> <li>• Ungewollte Weiterverlinkung möglich</li> </ul>
Versenden von <b>E-Mails</b> mit Einladung/ Informationen zu einer Erhebung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• erhöhte Kontrolle durch Vergabe von Personen-Codes möglich</li> <li>• kann eventuell als SPAM (ungewünschtes E-Mail) eingestuft werden</li> </ul>
<b>Intercepts</b> – unaufgefordert erscheinende Einladung zur Teilnahme, meist als Pop-Up	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mehr Informationen über Ausschöpfungsquote durch gesteuertes Erscheinen</li> <li>• kann von Pop-Up-Blockern unterdrückt werden</li> </ul>
Einsatz von <b>Bannerwerbung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr geringe Ausschöpfungsquote (1 %)</li> <li>• kann als kommerzielle Werbung eingestuft werden</li> </ul>

die Erhebungen anzeigen. Diese Strategien bedeuten weniger Aufwand für den Forschenden, aber auch weniger Kontrolle über potentielle TeilnehmerInnen (Rhodes et al., 2003). Bei aktiven Strategien werden Personen direkt angesprochen (siehe Tabelle 1), was eine größere Kontrolle über die Stichprobe erlaubt.

Neben einer Ad-hoc-Rekrutierung können befragungswillige Personen auch vorrekrutiert und in sogenannten Online-Panels verzeichnet werden. Von den TeilnehmerInnen werden beim Eintritt unter anderem soziodemografische Daten erhoben. Diese Informationen ermöglichen eine gezielte Stichprobenziehung. Wiederholte Befragungen lassen sich ebenfalls einfach realisieren. Die Qualität der Panels bemisst sich dabei an der Art ihrer Rekrutierung und ihrer Pflege. Wie bei der Rekrutierung einer Ad-hoc-Stichprobe unterscheidet man zwischen aktiver und passiver Rekrutierung (Welker et al., 2005). Wichtige Aspekte bei der Pflege solcher Panels sind unter anderem die Häufigkeit der Befragungen der TeilnehmerInnen, die Nachrekrutierung und die Aktualisierung der gespeicherten Daten.

## 6.2. Selbstselektion

Solange die Teilnahme an Untersuchungen freiwillig ist, wird es zu einer Selbstselektion kommen, sowohl online wie offline. Potentielle TeilnehmerInnen entscheiden selbst, ob sie an einer Untersuchung teilnehmen wollen und müssen aktiv eine Untersuchung beginnen (auf einen Link klicken). Diese Selektion kann zu Verzerrungen führen. Eindeutige Lösungen für dieses Problem existieren nicht. Eine Möglichkeit damit umzugehen ist, mittels bestimmter Techniken den Einfluss der Selbstselektion zu schätzen (vgl. Reips, 2002).

Im Rahmen der *Health and Retirement Study (HRS)*, einer großen US-amerikanischen Panel-Studie mit der Zielgruppe der über 50-Jährigen, wurden Ergebnisse von on- und offline erhobenen Daten verglichen. Zusätzlich wurden Unterschiede bei den Personen mit Internet-Zugang bezüglich der Teilnahmebereitschaft an der Online-Erhebung untersucht. Dabei zeigten sich vor allem Unterschiede zwischen Personen, die das Internet häufig nutzen und denen, die es nicht tun, sowohl in soziodemografischen Variablen als auch bezüglich gesundheitsbezogener Aspekte. Die Unterschiede zwischen den Personen, die bereit waren an einer Online-Erhebung teilzunehmen und denen, die nicht dazu bereit waren, waren relativ gering (Couper et al., 2007).

## 6.3. Determinanten der Teilnahmebereitschaft

Neben nachträglichen Schätzungen bzw. einer Kontrolle des möglichen Einflusses durch Selbstselektion wird auch versucht, möglichst viel über Determinanten der Teilnahmebereitschaft im Allgemeinen herauszufinden.

Eine Studie von Bosnjak und Batinic (1999) fand vier Faktoren, die die Teilnahmebereitschaft erhöhen: (a) Befragungsbezogene Gründe (Neugier), (b) Altruistische Gründe (Beitrag für die Forschung leisten), (c) Persönliche Gründe (Selbsterkenntnis) und (d) materielle Gründe, wie finanzielle Anreize (*Incentives*). Aus den Selbstaussagen geht hervor, dass Personen vor allem aus Interesse oder Neugier teilnehmen, während finanzielle Anreize für TeilnehmerInnen keine so große Rolle spielen. Zusätzlich gibt es Anzeichen, dass durch Incentives die intrinsische Motivation zur Teilnahme negativ beeinflusst wird und auch die Ergebnisse verändert werden können (O'Neil & Penrod, 2001). Gleichzeitig haben aber etliche Untersuchungen gezeigt, dass Incentives dazu führen können, dass die Drop-Out-Rate sinkt (Musch & Reips, 2000). Klare Aussagen über die Auswirkungen lassen sich schwer treffen, da viele Faktoren, wie Thema, Charakteristika der Erhebung und Art der Incentives eine Rolle spielen. Bei einer Metaanalyse hat sich allerdings gezeigt, dass der Einfluss von Incentives zwar gering ist; wenn aber Personen eine Untersuchung begonnen haben, führen sie diese eher zu Ende, wenn sie dafür etwas erhalten. (Göritz, 2006). Genauere Informationen zum Thema Incentives sind auch in weiteren Arbeiten von Anna Göritz zu finden.

#### 6.4. Abbruch von Untersuchungen – Drop-Out und fehlende Antworten

Haben sich Personen entschieden an einer Online Erhebung mitzumachen, ist es noch nicht sicher, dass sie bis zum Ende der Untersuchung teilnehmen bzw. alle Fragen beantworten werden. Wie bereits bei den Nachteilen angeführt, ist der Drop-Out bei Online-Erhebungen generell höher. Es gibt verschiedene Ansätze, dem Drop-Out entgegenzuwirken. Ein Versuch ist die *high entrance barrier technique* (Reips, 1999, 2000). Dabei werden am Anfang der Untersuchung möglichst viele für die TeilnehmerInnen demotivierende Faktoren gesetzt. Dazu gehören etwa: Personalisierung durch Abfrage der E-Mail-Adresse oder eine Information, dass TeilnehmerInnen durch ihre IP (PC-Adresse) verfolgbar sind. Ziel dieser Technik ist es, den interessierten Personen die Teilnahme an der Untersuchung als möglichst verbindlich darzustellen und mögliche „Schnupperer“ gleich zu Beginn abzuschrecken. Dabei besteht natürlich die Gefahr, Personen aus der Untersuchung auszuschließen, die vielleicht erst durch die Erhebung selbst motiviert werden würden. Da Drop-Out leicht zu erkennen ist und Personen einfach aus der Auswertung ausgeschlossen werden können, stellt sich die Frage, wie sinnvoll es ist, gleich zu Beginn möglichst viele Personen abzuschrecken. Der Drop-Out kann als zusätzliche Informationsquelle angesehen werden. Aus der Sicht der potenziellen TeilnehmerInnen stellt sich auch die Frage der ethischen Vertretbarkeit, absichtlich demotivierenden Elementen ausgesetzt zu werden.

Für genaue Drop-Out-Analysen müssen Online-Erhebungen bestimmte Kriterien erfüllen, unter anderen muss genau nachvollziehbar sein, bei welcher Frage die teilnehmende Person abgebrochen hat. In einer Studie von Bosnjak (2001) wurden fehlende Antworten einer genauen Analyse unterzogen, es konnte dabei gezeigt werden, dass es bestimmte Typen von fehlenden Antworten bzw. Abbrüchen gibt. *Complete Responders* füllen alle Fragen vollständig aus, *Item Non-Responders* lassen einzelne Fragen unbeantwortet, beenden aber die Untersuchung. *Lurker* sehen sich zwar die gesamte Untersuchung an, beantworten aber keine einzige Frage. Bei Drop-Out (vorzeitigen Abbruch der Untersuchung) wird zwischen folgenden Typen differenziert: *Answering Drop-Outs* brechen die Untersuchung vorzeitig ab, beantworten bis dahin aber alle Fragen, *Item-Non-Responding* lassen einzelne Fragen unbeantwortet und *Lurking Drop-Out*, die keine Fragen beantworten und vorzeitig abbrechen. Schlussendlich gibt es noch *Unit Non-Responders*, welche die Untersuchung bereits nach der ersten (Informations-)Seite, also bevor Fragen präsentiert werden, verlassen.

### 7. Soziale Erwünschtheit online

„Sozial erwünscht zu reagieren heißt entsprechend der Erwartungen zu reagieren, dass die Art der Reaktion die Zustimmung einer sozialen Gruppe findet“ (Mummendey, 1981, S. 200). Die Tendenz, sich möglichst positiv darzustellen, kann die

Antworten der Personen verzerren und Validität von psychologischen Verfahren mindern (Mummendey, 1981; Nederhof, 1985). Die Bejahungswahrscheinlichkeit von Fragen oder Feststellungen hängt z.B. davon ab, wie sehr eine Bejahung als sozial erwünscht angesehen wird.

Es kann als relativ gesichert angesehen werden, dass Anonymität sozial erwünschte Antworttendenzen vermindert (Booth-Kewley et al., 1992; Fisher & Katz, 2000; Lautenschlager & Flaherty, 1990; Zerbe & Paulhus, 1987). Anzumerken zu diesen Studien ist, dass es kaum genaue Informationen gibt, wie die Anonymität operationalisiert wird. Falls es doch Informationen dazu gibt, wird Anonymität im Kontext dieser Studien so verstanden, dass Versuchspersonen nicht nach ihren Namen und/oder ihrer Adresse gefragt wurden.

Dieser Aspekt der Anonymität (die fehlenden Informationen zu Namen oder Adressen) ist bei Online-Research durchaus häufig anzutreffen und etliche Online-Untersuchungen zeigen auch geringere soziale Erwünschtheit in den Antworten. Joinson (1999) konnte bei Menschen mit Sozialphobie zeigen, dass sowohl bei einer Online-Befragung im Vergleich zu einem Paper-Pencil-Fragebogen als auch bei der anonymen Bedingung die Tendenz zu sozial erwünschtem Antwortverhalten verringert ist. Bei einer Befragung zum Sexualverhalten zeigte sich online ebenfalls eine geringere soziale Erwünschtheit: 12 % der Online-Stichprobe zeigten erhöhte Werte auf einer Skala zur sozialen Erwünschtheit, während dies bei 25 % der Paper-Pencil-Stichprobe der Fall war (Bailey et al., 2000).

Einige andere Untersuchungen haben gegenteilige Ergebnisse erbracht; die Tendenz sozial erwünscht zu antworten kann online auch größer sein (Booth-Kewley et al., 2007; Hancock & Flowers, 2003). Bei einem ökonomischen Spiel (Haley & Fessler, 2005) ändert sich das Verhalten der TeilnehmerInnen nur durch visuelle Stimuli, die die Anwesenheit von anderen Personen simulieren. Waren diese Stimuli vorhanden, zeigten die TeilnehmerInnen signifikant öfter normorientiertes bzw. prosoziales Verhalten.

Man muss auch berücksichtigen, dass die Anonymität von Personen nicht nur an objektive Faktoren, wie die Bekanntgabe von Namen oder Adressen festgemacht ist. Auch die subjektive Wahrnehmung der Anonymität einer Person kann Auswirkungen auf ihre Tendenz zu sozial erwünschten Antworten haben (Strassnig, 2007). Gerade im Internet, wo sehr viele personenbezogene Daten relativ einfach gesammelt werden können, ist es durchaus nachvollziehbar, dass Bedenken über Anonymität von Menschen, die das Internet nützen, verstärkt werden. Ebenfalls können bestimmte Merkmale von Online-Erhebungen die Bedenken über die Anonymität bei TeilnehmerInnen schüren. Datenschutzhinweise sind eine in der Sozialforschung übliche Methode, den TeilnehmerInnen die Anonymität ihrer Daten zuzusichern. Diese müssen aber nicht immer zu einer Reduzierung der Bedenken führen. Singer et al. (1992) zeigten, dass ein expliziter Datenschutzhinweis bei einem nicht sensiblen Thema die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten erhöht, bei einem sensiblen Thema führte der ausführliche Hinweis zu besseren Daten (Singer, 2003). Auch online zeigte sich, dass bei nicht sensiblen Themen ein ausführlicher Hinweis kontraproduktiv sein kann und Bedenken über die Ano-



nymität verstärkt werden, während es bei sensiblen Themen eher positive Effekte auf die Qualität der Antworten gibt (Strassnig, 2007). Diese Ergebnisse zeigen sich nur bei sehr ausführlichen Datenschutzhinweisen, weniger ausführliche Hinweise scheinen kaum Effekte auf die Antworten zu haben (Singer, et al. 1993; Dillman et al, 1994; 1996). Man sollte also mit einer gewissen Vorsicht an die Annahme herangehen, dass Online-Erhebungen weniger Antwortverzerrungen bezüglich sozial erwünschter Normen aufweisen.

## 8. Konkrete Umsetzung von Online-Erhebungen

Die tatsächliche Umsetzung von Online-Untersuchungen erfordert ein gewisses technisches Wissen, sowohl über die Architektur des Internets im Allgemeinen (z.B. Publizieren online), als auch bezüglich bestimmter Programmiersprachen zur Erstellung von Internet-Seiten. Die Erstellung kann auf verschiedene Weisen erfolgen, je nach persönlichem Wissensstand, konkretem Design der Untersuchung und den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln.

Die steigende Verbreitung von Online-Research in den letzten Jahren hat dazu geführt, dass es inzwischen bereits eine Vielzahl von Software-Lösungen gibt, die speziell auf die Bedürfnisse zur Erstellung von Online-Untersuchungen zugeschnitten sind. Solche Software-Programme von kommerziellen Anbietern erlauben es den BenutzerInnen, ohne technisches Hintergrundwissen eine Online-Untersuchung umzusetzen. Die Programme sind meist auf die Umsetzung von Befragungen ausgerichtet und bieten relativ wenig Spielraum bei aufwändigeren Designs (z.B. Web-Experimenten). Die Erstellung erfolgt meist über eine grafische Oberfläche und man muss sich nicht mit Befehlen von Programmiersprachen auseinandersetzen. Einige Anbieter arbeiten mit der D.G.O.F. zusammen und dementsprechend kann man von qualitativ hochwertigen Software-Programmen ausgehen. Neben der Erstellung bieten einige Firmen noch die zusätzliche Möglichkeit, die Rekrutierung von TeilnehmerInnen zu übernehmen, bzw. verfügen sie über eigene Online-Panels für diese Zwecke.

Neben kommerziellen Software-Programmen haben auch WissenschaftlerInnen eigene Programme entwickelt und stellen diese anderen Personen frei zur Verfügung. *Wextor* ist ein an der Universität Zürich entwickeltes webbasiertes Instrument, das vor allem dazu dient, die Umsetzung von Web-Experimenten zu erleichtern (Reips & Neuhaus, 2002). Es gibt noch eine Reihe anderer frei verfügbarer Programme, die vor allem darauf abzielen, bestimmte Teile der Erstellung zu übernehmen bzw. zu vereinfachen. Der *Generic HTML Form Processor* (Göritz & Birnbaum, 2005) erleichtert die Arbeit, indem das Programm die Speicherung der Daten aus HTML-Dokumenten automatisiert und in einer entsprechenden Datenbank speichert.

Den größten Freiraum für die Umsetzung von Online-Erhebungen (bzw. die größten Möglichkeiten für anspruchsvolle Fragestellungen – speziell in Hin-

blick auf aufwändiges Design) bietet die „händische“ Erstellung. Diese Variante der Erstellung erfordert auch das meiste technische Wissen. Der notwendige Programmcode kann mit Hilfe von mehr oder weniger leistungsfähigen Editoren – die oftmals als Freeware im Internet angeboten werden – erstellt werden. Mittels entsprechenden Editoren kann die grafische Oberfläche einfach erstellt werden. Für Speicherung, Zufallszuweisungen oder ähnliches ist allerdings „Handarbeit“ und Kenntnis der notwendigen Programmierbefehle notwendig.

Fällt die Entscheidung auf die „händische“ Erstellung, sollte man sich der Unterschiede zwischen *serverseitiger* und *clientseitiger Programmiersprachen* und ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen bewusst sein. Clientseitige Programmiersprachen bieten den Vorteil, dass sie sehr schnell auf Eingaben der teilnehmenden Personen reagieren können. Der Nachteil ist, dass die Befehle nicht geschützt und für InternetuserInnen einsehbar sind. Serverseitige Programmierung ist etwas träger in der Reaktion, aber stabiler (weniger fehleranfällig) und bietet größere Sicherheit vor unbefugten Zugriffen. Je nach den zu erfüllenden Aufgaben sollten diese Merkmale bei der Erstellung berücksichtigt werden. Die Speicherung ist eine sensible Angelegenheit, sowohl bezüglich ihrer Vollständigkeit und Fehlerfreiheit, als auch bezüglich der Sicherheit der erhobenen Daten vor eventuellen Angriffen (Datenschutz). Hier empfiehlt sich also der Einsatz einer serverseitigen Programmiersprache, z.B. PHP. Überprüfungen, ob alle Fragen beantwortet wurden, erfordern meist ein schnelles Reagieren, dafür eignen sich clientseitige Programmiersprachen wie Javascript.

Unabhängig davon, welche konkrete Art der Erstellung gewählt wurde, sollten bestimmte Kriterien erfüllt sein, um technische Hürden und Fehler in der Programmierung zu vermeiden.

Gnambs und Strassnig (2007) stellen Kriterien zur Gestaltung von Web-Experimenten vor, die auch bei Online-Untersuchungen im Allgemeinen berücksichtigt werden sollten.

- *Konformität*: Ausschließliche Verwendung standardisierter Programmbefehle
- *Kompatibilität*: Fehlerfreie und identische Darstellung in möglichst allen verfügbaren Browsern, kein Ausschluss bestimmter Personengruppen durch Voraussetzung bestimmter Hardware oder bestimmter Bildschirmauflösungen
- *Komplexität*: Möglichst geringe technische Anforderungen durch Verzicht auf exotische Plugins oder zusätzlich zu installierende Programme.

## 9. Resümee

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Online-Research großes Potential besitzt und der Trend auch auf vermehrten zukünftigen Einsatz hinweist, dem steigenden Zugang zum Internet entsprechend. Auch in den Schwerpunkten der

Untersuchungen im Bereich Online-Research zeigt sich die zunehmende Akzeptanz. Zu Beginn beschäftigten sich Untersuchungen vor allem mit der Frage, ob online überhaupt valide Daten erhoben werden können, welche Auswirkungen der Einsatz von verschiedenen Techniken hat oder wie sich verschiedene Präsentationen am Bildschirm auswirken. Inzwischen scheint allgemein akzeptiert, dass das Internet geeignet ist, um Daten zu erheben und der Schwerpunkt hat sich auf konkrete Vergleiche zwischen traditionellen Instrumenten und ihrer Online-Umsetzung verlagert. Ergebnisse solcher Vergleichsstudien zeigen durchwegs die Eignung von Online-Erhebungen, wenn diese auch nicht von vornherein angenommen werden kann.

Ist für eine Untersuchung Repräsentativität nicht von zentraler Bedeutung und die Zielgruppe online erreichbar, bietet Online-Research etliche Vorteile, wie größere Ökonomie, viele potentielle TeilnehmerInnen und flexible Gestaltung des Untersuchungsinstrumentes. Um das Potential des Internets optimal zu nutzen und Fehlerquellen gering zu halten, sind ein sorgfältiger Umgang mit den technischen Möglichkeiten und ausführliche Testläufe des Instrumentes nötig. Ergebnisse und ihre Qualität sind immer von der Stichprobe abhängig, je nach Art der Rekrutierung lässt sich nicht nur eine sehr große Zahl von Personen ansprechen, sondern auch sehr gezielt bestimmte Personengruppen. Vor allem für stigmatisierte Gruppen kann das Internet die Möglichkeit (unter gewissen Bedingungen) bieten, sich frei von sozialen Normen zu äußern. Es scheint offensichtlich, dass das Internet großes Potential für die Forschung hat und auch in Zukunft weiter an Bedeutung gewinnen wird.

## 10. Literatur

- BAILEY R. D., FOOTE W. E. & THROCKMORTON B. (2000). Human Sexual Behavior: A Comparison of College and Internet Surveys. In: Birnbaum M. H. (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 141–168). San Diego: Academic Press.
- BATINIC B. (2004). Online-Research. In: Mangold R., Vorderer P. & Bente G. (Hrsg.), *Lehrbuch der Medienpsychologie* (S. 251–270). Göttingen: Hogrefe.
- BATINIC B. & BOSNJAK M. (2000). Fragebogenuntersuchungen im Internet. In B. Batinic (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 287–317). Göttingen: Hogrefe.
- BELLMAN S., JOHNSON E. J., KOBRIN S. J. & LOHSE G. L. (2004). Regional Differences in Privacy Preferences, Implications for the Globalization of Electronic Commerce. *The Information Society*, 20 (5), 313–324. Verfügbar unter: [http://www2.gsb.columbia.edu/journals/files/chazen/Info\\_Privacy.pdf](http://www2.gsb.columbia.edu/journals/files/chazen/Info_Privacy.pdf) [25.07.2006].
- BIRNBAUM M. H. (2004). Human research and data collection via the Internet. *Annual Review of Psychology*, 55, 803–832.
- BOOTH-KEWLEY S., EDWARDS J. E. & ROSENFELD P. (1992). Impression Management, Social Desirability, and Computer administration of Attitude Questionnaires: Does the Computer Make a Difference? *Journal of Applied Psychology*, 77 (4), 562–566.

- BOOTH-KEWLEY S., LARSON G. E. & MIYOSHI D. K. (2007). Social desirability effects on computerized and paper-and-pencil questionnaires. *Computer in Human Behavior*, 23 (1) 463–477.
- BORTZ J. & DÖRING N. (2002). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- BOSNJAK M. (2001). Participation in Non-Restricted Web Surveys: A Typology and Explanatory Model for Item None-Response. In: Reips U.-D. & Bosnjak M. (Eds.), *Dimensions of Internet Science* (pp. 193–208). Lengerich: Pabst.
- BRENGMAN M., GEUENS M., WEIJTERS B., SMITH S. M., SWINYARD, W. R. (2005). Segmenting Internet shoppers based on their Web-usage-related lifestyle: a cross-cultural validation. *Journal of Business Research*, 58, 79–88.
- COUPER M. P., KAPTEYN A., SCHONLAU M. & WINTER J. (2007). Noncoverage and nonresponse in an Internet survey. *Social Science Research*, 36 (1), 131–148.
- DILLMANN A. D. & BOWKER D. K. (2001). The Web Questionnaire Challenge to Survey Methodologists. In: Reips U.-D. & Bosnjak M. (Eds.), *Dimensions of Internet Science* (pp. 159–179). Lengerich: Pabst.
- DILLMANN A. D., SINGER E., CLARK J. R. & TREAT J. B. (1994). Effects of Benefits Appeals, Mandatory Appeals and Variations in Statements of Confidentiality on Completion Rates for Census Questionnaires. *Proceedings of the Survey Research Methods Section, ASA*, 1333–1338. Verfügbar unter: [http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1994\\_234.pdf](http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/papers/1994_234.pdf) [25.06.2006].
- DILLMANN A. D., SINGER E., CLARK J. R. & TREAT J. B. (1996). Effects of Benefits Appeals, Mandatory Appeals and Variations in Statements of Confidentiality on Completion Rates for Census Questionnaires. *Public Opinion Quarterly*, 60 (3), 376–389.
- DÖRING N. (2003): *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- ERDFELDER E., FAUL F. & BUCHNER A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28, 1–11.
- EYSENACH G., POWELL J., ENGESAKIS M. & STERN A. (2004). Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions. *British Medical Journal*, 328, 1166–1170.
- FRICK A., BÄCHTIGER M. T. & REIPS U.-D. (1999). Financial Incentives, Personal Information and Drop-Out Rate in Online Studies. In: Reips U.-D., Batinic B., Bandilla W., Bosnjak M., Gräf L., Moser K. & Werner A. (Eds.), *Current Internet Science, Trends, Techniques, Results*. Verfügbar unter: [http://www.dgof.de/tband99/pdfs/a\\_h/frick.pdf](http://www.dgof.de/tband99/pdfs/a_h/frick.pdf) [04.07.2006]
- FRICKER S., GALESIC M., TOURANGEAU R. & YAN T. (2005). An Experimental Comparison of Web and Telephone Surveys. *Public Opinion Quarterly*, 69 (3), 370–392.
- FISHER R. J. & KATZ J. E. (2000). Social Desirability Bias and the Validity of Self-Reported Values. *Psychology & Marketing*, 17 (2), 105–120.
- GNAMBS T. & STRASSNIG B. (2007). Experimentelle Online-Untersuchungen. In: Welker M. & Wenzel O. (Hrsg.), *Online-Forschung 2007 – Grundlagen und Fallstudien* (S. 233–251). Köln: Halem.
- GÖRITZ A. S. (2006). Incentives in Web studies: Methodological issues and a review. *International Journal of Internet Science*, 1(1), 58–70.

- GÖRITZ A. S. & BIRNBAUM M. H. (2005). Generic HTML Form Processor: A versatile PHP Script to save Web-collected data into a MySQL database. *Behavior Research Methods*, 37 (4), 703–710.
- HALEY K. J. & FESSLER D. M. (2005). Nobody's watching? Subtle cues affect generosity in an anonymous economic game. *Evolution and Human Behavior*, 26, 245–256.
- HANCOCK D. R. & FLOWERS, C. P. (2003). The World Wide Web's Effect on Social Desirability Responding: An Investigation of the Motivation of Survey-Takers. *International Journal on E-Learning*, 2 (3), 5–12.
- HAUPTMANN S. (1999). Grenzen und Chancen von quantitativen Befragungen mit Hilfe des Internets. In: Batinic B., Werner A., Gräf L. & Bandilla W. (Hrsg.), *Online-Research: Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 277–295). Göttingen: Hogrefe.
- JOINSON A. (1999). Social desirability, anonymity, and Internet-based questionnaires. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 31 (3), 433–438.
- KNAPP F. & HEIDINGSFELDER M. (2001). Drop-Out Analysis: Effects of Research Design. In: Reips U.-D. & Bosnjak M. (Eds.), *Dimensions of Internet Science* (pp. 221–230). Lengerich: Pabst.
- LAUTENSCHLAGER G. J. & FLAHERTY V. L. (1990). Computer Administration of Questions: More Desirable or More Social Desirability? *Journal of Applied Psychology*, 75 (3), 310–314.
- LIPPE P. VON DER & KLABROBA A. (2002). Repräsentativität von Stichproben. *Marketing*, 24, 227–238.
- MUMMENDEY H. D. (1981). Methoden und Probleme der Kontrolle sozialer Erwünschtheit (Social Desirability). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 2 (3), 199–218.
- MUSCH J. & REIPS U.-D. (2000). A Brief History of Web Experimenting. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 61–88). San Diego: Academic Press.
- GOERITZ A. (2006). Incentives in Web Studies: Methodological Issues and a Review. *International Journal of Internet Science*, 1, (1), pp. 58–70.
- NEDERHOF A. J. (1984). Visibility of response as a mediating factor in equity research. *Journal of Social Psychology*, 122, 211–25.
- O'NEIL K. M. & PENROD S. D. (2001). Methodological variables in Web-based research that may affect results: Sample type, monetary incentives, and personal information. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 33 (2), 226–233.
- REIPS U.-D. (2000). The Web Experiment Method: Advantages, Disadvantages, and Solutions. In: Birnbaum M. H. (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 89–117). San Diego: Academic Press.
- REIPS U.-D. (2002). Standards for Internet-based experimenting. *Experimental Psychology*, 49 (4), 243–256.
- REIPS U.-D. & NEUHAUS C. (2002). WEXTOR: A Web-based tool for generating and visualizing experimental designs and procedures. *Behavior Research Methods, Instruments, and Computers*, 34, 234–240.
- RHODES S. D., BOWIE D. A. & HERGENRATHER K. C. (2003). Collecting behavioural data using the world wide web: considerations for researchers. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 68–73.

## B. STRASSNIG

- SCHAEFER D. R., & DILLMAN D. A. (1998). Development of standard e-mail methodology: Results of an experiment. *Public Opinion Quarterly*, 62 (3), 378–397.
- SCHIANO D. J. (1997). Convergent methodologies in cyber-psychology: A case study. *Behavior Research Methods, Instruments & Computers*, 29 (2), 270–273.
- SCHMIDT W. C. (1997). World-Wide Web survey research: Benefits, potential problems, and solutions. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 29 (2), 274–279.
- SCHMIDT W. C. (2000). The Server Side of Psychology Web Experiments. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 285–310). San Diego: Academic Press.
- SHANNON D. & BRADSHAW C. (2002). A comparison of response rate, response time, and costs of mail and electronic surveys. *The Journal of Experimental Education*, 70 (2), 179–187.
- SINGER E. (2003). Exploring the Meaning of Consent: Participation in Research and Beliefs about Risks and Benefits. *Journal of Official Statistics*, 19 (3), 273–285.
- SINGER E., HIPPLER H.-J. & SCHWARZ N. (1992). Confidentiality Assurances in Surveys: Reassurance or Threat? *International Journal of Public Opinion Research*, 4 (3), 256–268.
- SINGER E., MATHIOWETZ N. A. & COUPER M. P. (1993). The impact of privacy and confidentiality Concerns on survey participation. *Public Opinion Quarterly*, 57 (5), 465–482.
- STRASSNIG B. (2007). *Subjective Anonymity in Online-Surveys*. Vortrag, 9. Tagung für General Online-Research (GOR 07), Leipzig, Deutschland (28.–28.03.2007).
- UTZ S. (1999). Untersuchungsformen in MUDs. In: Bantinic B., Werner A., Gräf L. & Bandilla W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 305–318). Göttingen: Hogrefe.
- WELKER M., WERNER A. & SCHOLZ J. (2005). *Online-Research. Markt- und Sozialforschung im Internet*. Heidelberg: dpunkt.verlag.
- WELKER M. (2007). Was ist Online-Forschung? Eine Tour d’horizon zu einem erfolgreichen Forschungsfeld. In: Welker M. & Wenzel O. (Hrsg.), *Online-Forschung 2007 – Grundlagen und Fallstudien* (S. 19–51). Köln: Halem.
- WERNER A. (1999). Kontaktmessung im WWW. In: Bantinic B., Werner A., Gräf L. & Bandilla W. (Hrsg.), *Online-Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse* (S. 227–244). Göttingen: Hogrefe.
- WRIGHT K. B. (2005). Researching Internet-based populations: Advantages and disadvantages of online survey research, online questionnaire authoring software packages, and web survey services. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 10 (3). Verfügbar unter: <http://jcmc.indiana.edu/vol10/issue3/wright.html> [23.06.2006].
- YUN G. W., & TRUMBO C. W. (2000). Comparative response to a survey executed by post, email, and web form. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6 (1). Verfügbar unter: <http://jcmc.indiana.edu/vol6/issue1/yun.html> [26.07.2006].
- ZERBE W. J. & PAULHUS D. L. (1987). Socially Desirable Responding on Organizational Behavior: A Reconception. *Academy of Management Review*, 12 (2), 250–264.

# **Gesundheitspsychologische Online-Research: Ethisch-qualitative Aspekte und konkrete Beispiele**

Reinhard Drobetz\*

## **1. Einleitung und Hintergrund**

Gesundheitspsychologische Online-Research bezeichnet in Anlehnung an eine Definition von Batinic (2004) die Datenerhebung in computerbasierten Netzwerken zu gesundheitspsychologischen Forschungsfragen, Modellen und Theorien. Das Medium Internet findet in vielen Alltags- und Berufsbereichen Integration und eröffnet auch für die Gesundheitspsychologie neue Perspektiven, sowohl für die Wissens- und Informationsvermittlung auf der einen als auch für die Forschung auf der anderen Seite.

Ott und Eichenberg (2002) identifizierten relevante Schnittstellen zwischen dem Internet und der Klinischen Psychologie: neben Informationsangeboten, Interventionen und Effekten der Nutzung auch forschungsrelevante Aspekte. Sämtliche dieser Berührungspunkte können auch auf die Gesundheitspsychologie übertragen werden. Im vorliegenden Beitrag wird auf die Verwendung des Internets zum Zwecke konkreter gesundheitspsychologischer Forschung eingegangen. Zuvor werden ethische und qualitative Aspekte von Online-Research im Allgemeinen und mit Fokus auf die Gesundheitspsychologie im Besonderen abgehandelt.

Festzuhalten ist, dass die Möglichkeiten des Internets bereits gegen Ende der 1990er Jahre verstärkt in der Forschung Einzug hielten. In den 1980er Jahren diente es WissenschaftlerInnen vorwiegend als Kommunikationsmittel (Ott & Eichen-

---

\* Korrespondenzadresse: Reinhard Drobetz, Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Liebiggasse 5, A-1010 Wien, Österreich, E-Mail: reinhard.drobetz@univie.ac.at



berg, 2002). Im Kontrast zu klassischen Formen elektronischer Konnektivität (Telegraph, Telefon, Television und Radio) revolutionierte das Internet interaktive Gestaltungsräume, die es in dieser Form in der Geschichte der Menschheit noch nicht gegeben hat. Damit unterscheidet es sich im Wesentlichen in qualitativer Hinsicht von bislang zur Verfügung stehenden Mitteln (Hewson, Laurent & Vogel, 1996). Das Internet erweitert wissenschaftliche Tätigkeiten um bedeutende Facetten: Es fungiert nicht nur als neues Medium, in dem Forschung vonstatten geht, sondern gewährleistet auch unbegrenzten Raum für Diskussionen (z.B. in einschlägigen Foren, via E-Mail oder Chat) über wissenschaftliche Themen zwischen ForscherInnen und/oder interessierten Laien (Buchanan & Smith, 1999). Weiters vereinfacht es den Austausch und Diskurs zwischen ForscherInnen (Ott & Eichenberg, 2002).

Der Begriff der Online-Research ist im Allgemeinen ein sehr breit zu fassender (Batinic, Werner, Gräf & Bandilla, 1999). Neben Befragungen im Internet zu gesundheitspsychologisch Relevantem können beispielsweise Spezial(-Suchmaschinen) auf ihren Output bezüglich gesundheitspsychologischer Inhalte hin untersucht werden, ebenso wie die Qualität der Ausführungen und Darstellungen analysiert werden kann. Die Aufzeichnung des Datenabrufs im Internet ermöglicht die Feststellung, welche spezifischen Inhalte wie oft und in welcher zeitlichen Dauer aufgesucht wurden. Betrifft die gesundheitspsychologische Forschungsfrage den Internetgebrauch oder den Abruf von diesbezüglichen Informationen, so bietet es sich förmlich an, dies in einer Online-Studie zu untersuchen. Interessant wäre in diesem Zusammenhang die Frage, welche Populationen zu welchen gesundheitspsychologischen Informationen greifen.

## 2. Ethische Aspekte gesundheitspsychologischer Online-Research

Während einige WissenschaftlerInnen postulieren, dass sich ethisch vertretbare und korrekte Online-Forschung nur geringfügig von jeglichen Studien mit Menschen unterscheidet (vgl. Boehlefeld, 1996), heben andere AutorInnen bestimmte spezifische Charakteristika hervor (vgl. Dzeyk, 2001; Elgesem, 2002). So sehen Kraut et al. (2004) zwar nicht mehr, jedoch anders gestaltete und für die ForscherInnen schwieriger einzuschätzende Risiken im Vergleich zu traditionellen Erhebungsmöglichkeiten. Als eine Herausforderung der Online-Research erachten die AutorInnen den Schutz des jeweilig involvierten Individuums. Länderspezifische Richtlinien sind insofern von Relevanz, als verschiedene Staaten in bestimmten Gesetzen hinsichtlich des Datenschutzes differieren (Möller, 1998).



## 2.1. Ethische Richtlinien für Österreich

Bezüglich der Frage, welchen präzisen ethischen Richtlinien gesundheitspsychologische Online-Research aus Österreich zu folgen hat, sei auf die Ethikkommission für Psychologie der Universität Wien (2007) verwiesen, die zu beachtende Besonderheiten in der Online-Forschung anführt. Als oberste Maxime von Online-Studien, also auch bei jenen mit gesundheitspsychologischem Hintergrund, gilt in Anlehnung an Dzeyk (2001) die Verpflichtung zur vollständigen Angabe von Kontaktinformationen der Forschenden. Name, E-Mail-Adresse, Forschungseinrichtung bzw. Institution und eventuell Telefonnummer sind direkt auf der Eingangswebseite der Untersuchung und möglichst nochmals am Ende der Online-Befragung oder des Web-Experiments deutlich zu platzieren. Weiters muss der Forderung nach Information und Aufklärung der StudienteilnehmerInnen im Internet besondere Beachtung geschenkt werden. Die VertreterInnen der Ethikkommission für Psychologie der Universität Wien (2007) unterbreiten im Sinne einer Online-Aufklärung den Vorschlag, auf einer Eingangsseite zu Fragebogen- oder Experimentbeginn Vorinformationen zu liefern. Besondere Probleme wirft das Einholen von Einverständniserklärungen zur Studienteilnahme auf, da das Abgeben von eindeutigen elektronischen Unterschriften bislang nur eingeschränkt möglich ist. Ergo dessen wird angeraten, die Bestätigung der Einwilligung in die Online-Untersuchung per Anklicken eines Buttons einzufordern.

Ob die Option von Rückfragen oder Feedback überhaupt gegeben ist, hängt von den jeweiligen ForscherInnen ab. Falls ja, liegt die Nutzung dieses Angebots in den Händen der befragten ProbandInnen. Mögliche ethische Probleme könnten bei Verkündung von Fragebogen- und/oder Testergebnissen auftreten (z.B. via E-Mail), da auf Grund der fehlenden direkten Kontakte Reaktionen der StudienteilnehmerInnen weder abgeschätzt noch aufgefangen werden können. Batinic und Bosnjak (2000) schlagen ob dieser ethischen Bedenken vor, individuelles Online-Ergebnisfeedback zu unterlassen. Sollte es doch in Erwägung gezogen werden, ist auf eine klare und verständliche Wortwahl zu achten.

## 2.2. Abgeleitete Richtlinien aus den Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen (BRD)

Erwähnenswert im Zusammenhang mit ethischen Aspekten sind die Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen (letzte Version: 2001) folgender Einrichtungen: 1. Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V. (ADM), 2. Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI), 3. Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (BVM) und 4. Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung e.V. (D.G.O.F.).

Ethische Vorgangsrichtlinien werden allerdings unter keinem gesonderten Punkt angeführt, da die Formulierung entsprechender Qualitätskriterien diese anscheinend automatisch mit einschließen und dem Motto gefolgt wird, dass

Forschung nur bei Berücksichtigung von ethischen Grundhaltungen als qualitativ hochwertig betrachtet werden kann. So muss die jederzeitige Abbruchmöglichkeit der Online-Befragung von Seiten der TeilnehmerInnen gewährleistet sein. Daher wären Techniken, die einer Verhinderung dieser Prämisse dienen, z.B. das plötzliche Öffnen neuer Pop-up-Fenster, nicht zulässig. Wie bei traditionellen Studiendesigns ist auch die Anonymität der Befragten sicherzustellen. Erforderlich ist auch das Anbieten der Möglichkeit, sich an die StudienbetreiberInnen, z.B. per E-Mail zu wenden, falls etwaige technische oder inhaltliche Fragen auftreten. Oberste Priorität sollte weiters die Datensicherheit besitzen: Demographische und Fragebogendaten sind getrennt voneinander abzuspeichern und dürfen nur durch Codes einander zuordenbar sein. Da sämtliche Daten temporär oder sogar dauerhaft auf Servern abgespeichert werden, ist durch Einrichtung entsprechender technischer Schranken der Zugriff Dritter zu verhindern. Dies ist selbstverständlich auch während des Ausfüllens der Online-Fragebögen und beim Datentransfer ein Muss. Das Gewinnen von zusätzlichem Studienmaterial ohne Informierung der ProbandInnen (z.B. Setzen von „Cookies“ oder skriptgesteuertes Auslesen von Browser-Informationen) darf nur in Ausnahmefällen durchgeführt werden, nämlich ausschließlich dann, wenn dies zum Erreichen des Forschungszwecks der Online-Studie unerlässlich ist.

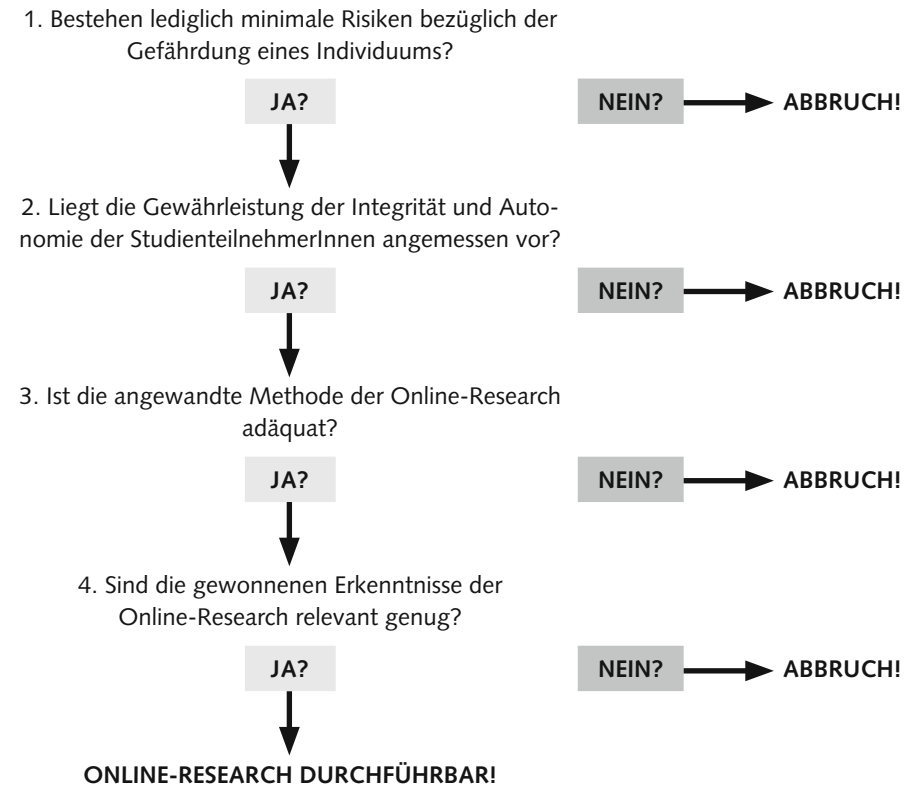
### **2.3. Ethische Richtlinien aus dem angloamerikanischen Raum**

Im angloamerikanischen Raum verfolgt die Advisory Group on Conducting Research on the Internet (AGCRI), die vom Board of Scientific Affairs (BSA) der American Psychological Association (APA) gegründet wurde, das Ziel, ethische und wissenschaftliche Aspekte zu untersuchen, die im Zusammenhang mit Online-Research auftreten können. Überdies sollen Vorschläge und Richtlinien für ethisch korrekte Online-Research ausgearbeitet werden, an denen sich selbstverständlich auch gesundheitspsychologische Online-Forschung orientieren kann. Diesem Anliegen widmet sich auch die Association of Internet Researchers (AoIR). Empfehlungen für ethische Entscheidungen im Rahmen von Online-Forschung finden sich in einer Abhandlung von Ess und dem AoIR-Komitee (2002).

Elgesem (2002) schlägt Entscheidungsschritte vor, die bei Online-Research bei der Beachtung ethischer Richtlinien Berücksichtigung finden sollten (siehe Abbildung 1). Entsprechend dieses Entscheidungsbaums können auch Online-Forschungsdesigns aus der Gesundheitspsychologie einer Beurteilung unterzogen werden.

### **2.4. Generelle ethische Richtlinien bei Online-Research**

Als generelle und übergeordnete ethische Richtlinien für (gesundheitspsychologische) Online-Research seien nach Kraut et al. (2003) folgende Prinzipien angeführt:



► **Abbildung 1. Entscheidungsbaum für die Durchführbarkeit von Online-Research aus ethischen Gesichtspunkten( adaptiert nach Elgesem, 2002).**

- Individuen sollten als autonom Agierende betrachtet werden, die auf der Basis von Information darüber entscheiden, ob sie an einer bestimmten Untersuchung teilnehmen wollen oder nicht.
- ForscherInnen sind dazu verpflichtet, das Wohl der Versuchspersonen im Auge zu behalten und zu sichern. Die möglichen Gewinne an einer etwaigen Teilnahme sind zu maximieren, die Nachteile und Risiken zu minimieren.
- Aufwand und Vorteile einer Teilnahme sollten sich im Idealfall die Waage halten.

Zuletzt sei auf einen wichtigen Aspekt hingewiesen: Die Annahme, dass Online-Fragebogenstudien prinzipiell anonym durchführbar sind, erweist sich als Trugschluss, da jedes Datenpaket Informationen der AbsenderInnen enthält. Eine Protokollierung der IP-Adressen, von denen ausgehend z.B. E-Mail-Fragebögen retour gesandt werden, ist technisch gesehen realisierbar. Zwar können Verschlüsselungs- oder kryptographische Programme bei E-Mails sowie Secure-(= Sichere)-

Server-Technologien bei Internet-Umfragen eingesetzt werden, was jedoch zumeist am entsprechendem Fachwissen scheitert. Zudem unterscheiden sich, wie bereits erwähnt, verschiedene Länder in diesbezüglichen Datenschutzrichtlinien (vgl. Möller, 1998).

## **3. Qualität gesundheitspsychologischer Online-Research**

### **3.1. Qualitätssicherung der Online-Research**

Wie in Kapitel 2.2. erwähnt, formulierte die D.G.O.F. in Kooperation mit dem ADM, der ASI und dem BVM Standards zur Qualitätssicherung für wissenschaftliche Online-Befragungen. Diese unterliegen denselben Regeln und Richtlinien wie jene Forschungsanliegen, die mittels persönlich-mündlichen, schriftlichen oder telefonischen Kontakten betrieben werden. Die definierten Kriterien befinden sich in einem ständigen Prozess, da sich Technik, Erkenntnis und Forschungsmethoden weiterentwickeln. Primär für die Markt- und Sozialforschung konzipiert, können sie aber auch auf Online-Befragungen im Allgemeinen und somit auch auf die Gesundheitspsychologie übertragen werden. Es erfolgt eine Orientierung an den gesetzlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen der Bundesrepublik Deutschland. Die Richtlinien beziehen sich auf die Anlage und Durchführung sowie auf die Darstellung, Interpretation und Dokumentation der Untersuchung.

Aus Kapitel 2. lässt sich ableiten, dass Online-Forschung nur dann qualitativ hochwertig sein kann, wenn Korrektheit in Bezug auf die Einhaltung ethischer Standards gegeben ist. Im Zusammenhang mit Online-Research drängt sich aber weiters die Frage auf, ob der datenqualitative Output jenem von klassischen Erhebungsverfahren entspricht. Sollten Online-Studien in diesem Punkt traditionellen Untersuchungen nachstehen, würde dies ein entscheidendes Gegenargument darstellen. Resultate von gesundheitspsychologischer Online-Forschung wären somit äußerst kritisch zu hinterfragen, zumal sich deren Relevanz deutlich schmälern würde. Die klassische Testtheorie definiert Gütekriterien, die eine Beurteilung der Qualität gewonnener Daten, somit auch im Rahmen von Online-Research, erlaubt. Unter den Hauptgütekriterien werden nach Lienert und Raatz (1998) Objektivität, Reliabilität und Validität subsumiert, auf die nun in Bezug auf gesundheitspsychologische Online-Research eingegangen wird.

### **3.2. Objektivität der Online-Research**

Der Begriff Objektivität bezieht sich auf den Grad, in dem Testergebnisse unabhängig von UntersucherInnen sind, die diese erheben und auswerten (Lienert & Raatz, 1998).

Differenziert wird zwischen TestleiterInnenunabhängigkeit bzw. Durchführungsobjektivität, Verrechnungssicherheit bzw. Auswertungsobjektivität und Interpretationseindeutigkeit.

Online-Research kann wie bereits ausgeführt auf synchronem und asynchronem Wege erfolgen, zu direkter face-to-face Interaktion zwischen TestleiterInnen und ProbandInnen kommt es jedoch bei keiner der Varianten. Das führt zur Konklusion, dass auf diesem Wege erhobene Antworten von den Test- bzw. UntersuchungsleiterInnen als unabhängig zu erachten sind, was selbstverständlich auch für gesundheitspsychologische Online-Research gilt. Batinic (2004) postuliert in diesem Sinne, dass Daten, die online gewonnen werden, in der Regel als objektiv zu werten sind.

Die so genannte Verrechnungssicherheit oder Auswertungsobjektivität ist ebenfalls gewährleistet, da es möglich ist, Abspeicherung, Sicherung und Auswertung der Daten zu automatisieren. Somit entfallen manuelle Eingaben der Antworten von befragten InternetsurferInnen. Daraus ist abzuleiten, dass Computer stets als verrechnungssicher erachtet werden können, auch wenn freies Antwortformat eingesetzt wird (Kubinger, 2006).

### 3.3. Reliabilität der Online-Research

Das Gütekriterium der Reliabilität steht für den Grad der Genauigkeit bzw. Zuverlässigkeit, mit dem ein Test ein Merkmal misst, unabhängig davon, ob er überhaupt den Anspruch stellt, dieses zu messen (Lienert & Raatz, 1998).

Mehrere Studien beleuchteten die Frage, ob und inwieweit bei Online-Untersuchungen von angemessener Reliabilität auszugehen ist (vgl. Buchanan & Smith, 1999; Kantor, 1991). Batinic (2004) gelangt zum Schluss, dass Online-Research im Allgemeinen in bisherigen Studien eine zufrieden stellende und ausreichende Reliabilität zu attestieren sei. Stanton (1998) verglich ArbeitnehmerInnen, die in 2 Stichproben aufgesplittet worden waren. Ziel war die Untersuchung, inwieweit die Daten von Online-Befragungen überhaupt nützlich und brauchbar sind. Auszufüllen war ein- und derselbe Fragebogen zur Fairnesseinschätzung der täglichen Interaktion mit den Vorgesetzten, wobei die TeilnehmerInnen der ersten Stichprobe dies online und die der zweiten in einer Papier-Bleistift-Version vornahmen. In der Web-Erhebung fanden sich weniger fehlende Angaben, und es zeigten sich keine Unterschiede in den Streuungen, Faktorenstrukturen oder Messfehlern.

### 3.4. Validität der Online-Research

Unter der so genannten Validität wird im Rahmen der klassischen Testtheorie der Grad der Gültigkeit verstanden, mit dem ein Test ein Merkmal, das er zu erheben beansprucht, auch tatsächlich misst (Lienert & Raatz, 1998).

Bisherige Studienergebnisse führten zur Annahme, dass Online-Befragungen in ausreichendem Maße valide sind (Batinic, 2004). Dies kann auf internetbasierte

Methoden der Datenerhebung an sich ausgeweitet werden (Krantz & Dalal, 2000) und trifft beispielsweise auch auf die störanfällige Messung von Reaktionszeiten zu (Eichstaedt, 2001; Reips, Morger & Meier, 2001). Die Datenqualität von Online-Research scheint in einigen Untersuchungen im Kontrast zu traditionellen Methoden sogar höherwertiger zu sein (Birnbäum, 1999).

Hahn und Jerusalem (2003) untersuchten die Validität der von ihnen konzipierten Internetsuchtskala (ISS), die sie im Rahmen einer Online-Untersuchung einsetzten, wobei sich zufriedenstellende Ergebnisse herauskristallisierten. Es wurde ein positiver mittlerer Zusammenhang zwischen der wöchentlichen Durchschnittszeit des Internetgebrauchs und der ISS errechnet. Niesing (2000) konnte zuvor eine hohe Korrelation der ISS zum Außenkriterium des Persönlichkeitskonstruktes Impulsivität identifizieren.

Hertel, Naumann, Konradt und Batinic (2002) verglichen Ergebnisse von Persönlichkeitsfragebögen, u.a. das NEO-Fünf-Faktoren-Inventar von Borkenau und Ostendorf (1993) und den Fragebogen zur Messung von dispositioneller Selbstaufmerksamkeit von Merz (1986). 136 ProbandInnen beantworteten diese im Rahmen einer Internet-Befragung, 112 TeilnehmerInnen bearbeiteten traditionelle Papier-Bleistift-Versionen. Validitätsvergleiche zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Versuchsbedingungen. Außerdem differierten die Versuchspersonen, die online befragt wurden, in ihren Persönlichkeitsprofilen nicht von denen der anderen Bedingung.

### 3.5. Stichprobenrepräsentativität der Online-Research

Stichprobenrepräsentativität ist dann gegeben, wenn eine gezogene Stichprobe möglichst genau und sicher der dazugehörigen spezifischen und definierten Gesamtpopulation ähnelt (Berekoven, Eckert & Ellenrieder, 2006). Präziser formuliert, die Teilstichprobe soll ein realitätsgetreues Abbild einer bestimmten Gruppe verkörpern und in ihrer Zusammensetzung bezüglich bestimmter wichtiger Merkmale mit der Population gleichzusetzen sein (Bortz & Döring, 2006). Anzumerken ist, dass Repräsentativität primär als Zielvorgabe und nicht als methodisch statistisches Kriterium angesehen werden sollte (Döring, 1995). Trotzdem weist sie einen sehr hohen Status in wissenschaftlichen Untersuchungen auf (von der Lippe & Kladroba, 2002). Weiters gilt sie in der Allgemeinbevölkerung oft als das relevanteste Kriterium, und Studien, die dieser Vorgabe nicht oder nur mangelhaft entsprechen, stoßen vielfach auf Ablehnung (Döring, 1995).

Online-Research ist der problematischen Tatsache ausgesetzt, dass keine Zufallsauswahl der StudienteilnehmerInnen erfolgen kann, die im weitesten Sinne ein Garant für Repräsentativität ist (Döring, 1995; Kubinger, 2006). Diese ist allein deshalb schlichtweg nicht erreichbar, da eine Auflistung aller InternetuserInnen eines vorab definierten Bezugspunktes (wie z.B. das Herkunftsland) zu aufwändig wäre (Döring, 1995). Daraus lässt sich die Konklusion ableiten, dass die Referenzpopulation bzw. die exakte Grundgesamtheit bei Online-Studien nicht eruiert

werden kann (Döring, 1995; Stetina, 2005). Online-Untersuchungen leben weiters mit der Gefahr, dass sie verlinkt werden können, auch wenn dies mitunter gar nicht erwünscht ist. Dies würde wiederum keiner echten Zufallsauswahl entsprechen (Batinic & Bosnjak, 2000). Döring (1995) hält diesen Einwänden entgegen, dass Online-Research auf die Gewinnung empirisch auswertbarer Daten abzielt, die zweifelsohne über unüberprüften Hypothesen und Spekulationen stehen. Einige AutorInnen üben zudem Kritik am Konzept der Repräsentativität und stellen zur Diskussion, ob diese überhaupt als sinnvolles Gütekriterium einer Auswahl heranzuziehen ist (vgl. von der Lippe & Kladroba, 2002).

Im Zusammenhang mit der Stichprobenrepräsentativität muss auch auf das Problem der Selbstselektion der StudienteilnehmerInnen eingegangen werden. Dieses behandelt Strassnig in ihrem Beitrag in diesem Buch.

## 4. Konkrete Beispiele gesundheitspsychologischer Online-Research

Dieses Kapitel dient der Präsentation konkreter Beispiele für Studien, die sich die Aufgabe gesetzt haben, gesundheitspsychologische Online-Research durchzuführen. Zunächst soll der Bereich der Online-Diagnostik beleuchtet werden.

### 4.1. Gesundheitspsychologische Online-Diagnostik

Zur Erhebung gesundheitspsychologischer Konstrukte und Modelle wurden und werden eine Reihe von Fragebögen erstellt und normiert, wie beispielsweise der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) von Krampen (1991) oder der Fragebogen zur sozialen Unterstützung (FSozU) von Fydrich, Sommer und Brähler (2007). Sofern in Internet-Versionen verwandelt bzw. programmiert, können gesundheitspsychologische Inventare in der Online-Research eingesetzt werden. Darüber hinaus ist es auch denkbar und möglich, dass PsychologInnen via Internet neben klinisch-psychologischen auch gesundheitspsychologische Fragebögen vorgeben und auf diesem Wege mit den KlientInnen Online-Diagnostik durchführen. Nach diesem Schritt könnte Online-Beratung und Behandlung, adaptiert an die spezifischen Ergebnisse der Online-Diagnostik, vonstatten gehen. Demgegenüber steht jedoch eine Vielzahl, zum Teil ungeklärter ethischer und rechtlicher Fragen und Unsicherheiten. Schließlich kann keine face-to-face Ergebnisrückmeldung erfolgen.

Mittlerweile wurde die Qualitätssicherung von Online-Diensten in der Klinischen Psychologie und Gesundheitspsychologie, wie beispielsweise definierte Richtlinien und Gütesiegeln, rege forciert. Abzuwarten bleibt, wie sich weitere Entwicklungen gestalten.

Schwarzer stellt auf seiner Homepage (<http://userpage.fu-berlin.de/~health/author.htm>) neben wissenschaftlichen Publikationen unter anderem eine Sammlung gesundheitspsychologischer Fragebögen und Verfahren in verschiedenen Sprachen zur Verfügung. Weitere Skalen / Verfahren, Übersichten, Informationen und Ergebnisse sind auf folgender Website zu finden: <http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/>. Auf dieser stehen z.B. auch SPSS-Datenfiles zum Download bereit mit Werten von 18000 Personen, die die Skala zur Allgemeinen Selbstwirksamkeit (Schwarzer & Jerusalem, 1995) online bearbeiten. Als Beispiele von Fragebögen, die online abgerufen werden können, seien an dieser Stelle die Berlin Social-Support Scales (BSSS) (Schulz & Schwarzer, 2003) oder die Skala zum Proaktiven Coping (Schwarzer, Greenglass & Taubert, 1999) genannt. Fragebögen mit entsprechenden Informationen online auffinden zu können, kristallisiert sich als Möglichkeit einer sofortigen und zeitlich ungebundenen Verfügbarkeit und freien Zugänglichkeit heraus. Es spiegelt sich auch die Nutzung des Internets als Mittel zur Kommunikation konkreter Forschung wider.

#### **4.2. Gegenwärtige gesundheitspsychologische Online-Research – Welche Ergebnisse liefern Suchmaschinen?**

Die Eingabe des Suchbegriffs „gesundheitspsychologische Online-Studien“ in die Suchmaschine Google liefert 94 Treffer, das Eintippen von „gesundheitspsychologische Online-Research“ führt zu 173 Websites. Weiters konnten zu „health-psychology online-research“ 2110 Treffer erzielt werden (alle drei angeführten Recherchen wurden im Jänner 2008 durchgeführt). Es gestaltet sich mitunter als schwierig, spezifische Seiten, auf denen Links zu gesundheitspsychologischen Online-Studien angeführt werden oder auf denen bei aktuellen Studien mitgemacht werden kann, mittels Suchmaschinen ausfindig zu machen. Hierfür wäre eine präzise Eingrenzung der Suchbegriffe, z.B. Verwendung von spezifischen Termini wie „Coping“ etc. aus der Gesundheitspsychologie vonnöten, was sich jedoch schwer bewerkstelligen lässt. Weiters scheint es fast unmöglich zu sein, durch diverse (Meta-)Suchmaschinen zu Übersichtsseiten zu gelangen, auf denen beispielsweise gegenwärtige oder bereits durchgeführte Online-Studien aufscheinen. Als Beispiel einer derartigen Internet-Adresse, die gefunden werden konnte, sei folgende angeführt: Auf einer von Krantz (2007) betreuten Website des Hanover College (USA) (<http://psych.hanover.edu/research/exponnet.html>) sind Linkverzeichnisse zu aktuellen psychologischen Online-Studien zu finden. ForscherInnen können die Webadressen ihrer jeweiligen Online-Untersuchungen und -Experimente an den HomepageverwalterInnen per E-Mail senden, die nach Durchsicht darüber entscheiden, ob diese verlinkt werden. Die auf dieser Website angeführten Links sind in verschiedene Subthemen wie z.B. Allgemeine, Sozial-, Entwicklungs-, Emotions- und Gesundheitspsychologie eingeteilt. Weiters werden Links zu Ergebnissen bisheriger auf dieser Seite verlinkten Online-Studien geboten. Im November 2007 sind zu Health Psychology bzw. zur Gesundheits-



psychologie ca. 40 Links zu aktuellen Online-Studien angeführt, an denen Interessierte teilnehmen können. Beispielsweise untersuchen Fessler und Barrett (2007) mit Hilfe eines Online-Fragebogens, der in einer Zeitspanne von ca. 8 Minuten zu beantworten ist, gesundheitsbezogene Verhaltensweisen und Kontrollüberzeugungen. Die TeilnehmerInnen bekommen am Bildschirm Fragen mit mehreren Antwortoptionen präsentiert. Die Bearbeitung erfolgt durch Anklicken der für sie passenden Alternative. Hagger-Johnson und Whiteman (2004) erforschen den Zusammenhang der Persönlichkeit eines Menschen auf der einen und individuelle gesundheitsbezogene Verhaltensweisen auf der anderen Seite. Teer und Frye (2006) verfolgen die Absicht, in einer Online-Studie die wahrgenommene soziale Unterstützung (social support) bei KrebspatientInnen zu erfassen. Die Befragung dauert nach Angaben der AutorInnen ca. 30 Minuten, und es müssen Aussagen auf mehrstufigen Skalen mit den Polen von „ich stimme überhaupt nicht zu“ bis „ich stimme sehr zu“ eingeschätzt werden.

Sowohl Hagger-Johnson und Whiteman (2004) als auch Fessler und Barrett (2007) scheinen strikt grundlegende ethische Richtlinien für Online-Research zu befolgen: Auf den jeweiligen Seiten sind die Namen der ForscherInnen mit Kontaktmöglichkeiten angeführt. Weiters wird auf der Eingangsseite über Ziele der Studie, Nutzen und mögliche Risiken der Teilnahme (z.B. Konfrontation mit intimen Fragen), Behandlung der Vertraulichkeit und Rechte der TeilnehmerInnen informiert. Auf den ersten Blick ersichtlich ist auch, an welche Zielpopulation sich die Befragung richtet. Teer und Frye (2006) liefern ebenfalls Informationen zu Absicht der Untersuchung, Gewährleistung von Anonymität etc. Sollten während oder nach der Befragung unbehagliche Gefühle oder der Wunsch nach einem vertraulichen, entlastendem Gespräch auftreten, so verweisen sie auf eine Telefonnummer, die PsychologInnen in unmittelbarer Nähe ausfindig machen lässt.

Weiterführende Links und eine Literaturübersicht zu Methoden, Standards und Themen der Online-Forschung listen die freie Internet-Enzyklopädie Wikipedia (2004) (<http://wiki.pruefung.net/Wiki/OnlineForschung>) und eine Webseite der Globalpark GmbH (2007) (<http://www.online-forschung.de/>) auf.

### **4.3. Untersuchung gesundheitspsychologischer Konstrukte, Modelle und Theorien**

#### *4.3.1 Online-Research mit Fokus auf den angloamerikanischen Raum*

##### **Health Beliefs**

Unter Health Beliefs, einem wichtigen Terminus der Gesundheitspsychologie, werden subjektive Gesundheits- und Krankheitstheorien eines Individuums verstanden (Schwarzer, 1997). Hewson und Charlton (2005) verwendeten in einer Studie die Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) von Wallston und Wallston (1981). Die MHLC ermöglicht die Erfassung der individuellen

► **Tabelle 1.** Name der AutorInnen, Themen, Technische Realisierung, Zeitraum und Dauer konkreter gesundheitspsychologischer Online-Research.

AutorIn	Online-Research	Realisierung	Zeitraum online	Dauer in min.
Thell (2007)	Internetgebrauch, Coping und Selbstwirksamkeit	PHP MySQL	März bis August 2006	20
Gerstl (2007)	Internetgebrauch im Zusammenhang mit sozialer Integration	PHP MySQL	April bis August 2006	20
Lehenbauer (2006)	Pathologischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Spezifische maladaptive Kognitionen	PHP MySQL	Februar bis September 2006	15–20
Pintzinger (2007)	„Patient Empowerment“ durch gesundheitsbezogene Internetnutzung?	HTML MySQL	Mai bis September 2007	15–20
Schawill (2008)	Gesundheitsverhalten von Internetusern	HTML MySQL	Jänner bis Juni 2007	10–15

► **Tabelle 2.** Name der AutorInnen, Anzahl der Website-BesucherInnen, Unverwertbare Fragebögen, Tatsächliche Stichprobe (n), Altersspanne (Jahre) und Geschlechtsverhältnis.

AutorIn	Website-Zugriffe	Unverwertbare Fragebögen	n	Altersspanne	Geschlechtsverhältnis
Thell (2007)	8525	21	1476	12–78	Frauen: 41,1 % Männer: 58,4 % keine Angabe: 0,5 %
Gerstl (2007)	8526	8	1489	12–76	Frauen: 41 % Männer: 59 % keine Angabe: n = 3
Lehenbauer (2006)	2440	1350	1090	10–67	Frauen: 41 % Männer: 59 %
Pintzinger (2007)	1995	792	1203	13–87	Frauen: 52,04 % Männer: 46,47 % keine Angabe: 1,50 %
Schawill (2008)	2116	keine Angabe	1488	19–72	Frauen: 32,3 % Männer: 67,7 %

Annahmen bezüglich der Kontrolle über die eigene Gesundheit und damit einhergehender Verhaltensweisen. Personen können die Überzeugung in sich tragen, dass die Kontrolle über die eigene Gesundheit bei ihnen selbst liegt. Sie können diese aber auch external attribuieren und z.B. FachexpertInnen jegliche Verantwortung zuschreiben oder die Gesundheit in ein abhängiges Verhältnis mit Außenfaktoren wie Glück, Schicksal oder Zufall stellen. Primäres Untersuchungsziel von Hewson und Charlton (2005) war nicht eine weitere Erforschung des zuvor beschriebenen Konstruktes sondern der Vergleich von Paper-Pencil und Online-Vorgabe. Die AutorInnen konstruierten eine HTML-(Hypertext Markup Language) Version der MHLC, die auf einen Web-Server gestellt wurde. Weiters posteten sie in diversen Newsgroups neben Aufforderungen zur Studienteilnahme den Link zur Online-MHLC. Während 200 Versuchspersonen die Papierfassung der MHLC ausfüllten, konnten im Internet 167 TeilnehmerInnen dazu bewogen werden, die Online-Version zu beantworten. Anzumerken ist, dass Mehrfachteilnahmen herausgefiltert wurden. Wenngleich die Stichprobengröße der Online-Versuchsbedingung im Gegensatz zu anderen (ausschließlich) internetbasierten Studien vergleichsweise gering ist, sehen die AutorInnen dies keineswegs als Problem an. Im Gegenteil, Ergebnisverzerrungen entstünden eher dann, wenn kleine (Paper-Pencil) übermäßig großen (Online) Stichproben gegenüber gestellt werden. Hewson und Charlton (2005) räumen jedoch ein, dass die Anzahl der TeilnehmerInnen deutlich unter den Erwartungen blieb, obwohl in 15 Newsgroups wiederholte Postings eingebracht wurden und das Zeitintervall, in dem die Skala online war, ca. 100 Tage betrug. Als Erklärung führen sie an, dass die starke Zunahme an Online-Studien mit Sättigungseffekten auf Seiten der InternetnutzerInnen einhergehen könnte. Durch den Umstand, dass diese mittlerweile gang und gäbe sind, verlieren sie ihren Neuheitsbonus, und auf Grund der gegenseitigen Konkurrenz wird die Anpreisung immer schwieriger. Weiters hätten die AutorInnen Newsgroups ausgewählt, die sich durch Unmengen an Inputs auszeichnen. Aus diesem Grund wären die Hinweise und Aufforderungen zur Untersuchung in der Masse der Postings untergegangen, zumal sie sich ungenügend von den anderen abgehoben hätten.

#### *4.3.2 Online-Research mit Fokus auf den deutschsprachigen Raum*

Im Folgenden werden Online-Studien der Fakultät für Psychologie der Universität Wien präsentiert, die im Rahmen von Diplomarbeiten durchgeführt wurden. Sämtliche können eindeutig der Gesundheitspsychologie zugeordnet werden. Sowohl bei den Untersuchungen von Pintzinger (2007) und Schawill (2008) als auch bei jenen von Thell (2007) und Gerstl (2007) handelt es sich um Online-Studien, die Begriffe aus der Fachdisziplin Gesundheitspsychologie integrierten und dazugehörige Fragestellungen näher erforschten: Empowerment, Gesundheitsverhalten, Coping (Stressbewältigung), Self-efficacy (Selbstwirksamkeitserwartung) und soziale Integration, die als Überbegriff die zwei Termini soziales Netzwerk und soziale Unterstützung umfasst.

In den Tabellen 1 und 2 werden vergleichenswerte Aspekte der Untersuchungen angeführt und einander gegenübergestellt. Im Rahmen der Forschung konnten die Fragebögen in einer Zeitspanne von 5 bis 8 Monaten online beantwortet werden. Der überwiegende Teil der gewonnenen Stichproben, die stets mehr als 1000 TeilnehmerInnen umfassten, stammte aus dem deutschsprachigen Raum, genauer gesagt aus Österreich, Deutschland und der Schweiz. Die Altersspanne war annähernd gleich, was auch für die Mindestdauer des Ausfüllens der Fragebögen gilt. Vorab sei festgehalten, dass das Geschlechterverhältnis der im Folgenden angeführten Studien bis auf jener von Schawill (2008) als ausgewogen angesehen werden kann.

### **(Internet-)Coping, Selbstwirksamkeitserwartungen und soziale Unterstützung**

Thell (2007) widmete eine Untersuchung dem Thema „Internetgebrauch in Zusammenhang mit Coping und Selbstwirksamkeit“. Zeitgleich führte Gerstl (2007) eine Studie zu Internetgebrauch und sozialer Integration durch. Theoretischer Hintergrund ist, dass einerseits inadäquate Copingstile (Davis, 2001; Kandell, 1998) und andererseits Mangel an sozialer Unterstützung (Amichai-Hamburger & Ben-Artzi, 2003; Young, 1998) als Vulnerabilitätsfaktoren für „Internetsucht“ in der Scientific Community diskutiert werden. Weiters bezieht sich der Ausdruck „Internetcoping“ darauf, dass das Internet für die Bewältigung von Alltagsproblemen fungiert (Armstrong, Philipps & Sailing, 2000; Grüsser, 2005). Beide Online-Studien richteten den Fokus auf die Frage, ob das Fehlen angemessener Bewältigungsstrategien (Thell, 2007) oder unzureichende soziale Integration (Gerstl, 2007) mögliche Entstehungsfaktoren des Konstruktes „Internetsucht“ darstellen.

Insgesamt wurden 2965 InternetnutzerInnen, die aus dem gesamten deutschsprachigen Raum stammten, zuerst mit der Internetsuchtskala (ISS) befragt (Hahn & Jerusalem, 2001). Mittels Randomisierung wurde eine Einteilung in zwei Substichproben vorgenommen. 1476 Personen der Studie von Thell (2006) bearbeiteten online das Inventar zur allgemeinen und proaktiven Stressbewältigung (Schwarzer, Greenglass & Taubert, 1999) sowie ein selbst evaluiertes Instrument zur Erfassung von Internetcoping. Die restlichen 1489 InternetuserInnen hatten in der Untersuchung von Thell (2007) sowohl den Fragebogen zur sozialen Unterstützung (Fydreich, Sommer & Brähler, 1999) als auch den multidimensionalen Einsamkeitsfragebogen (Schwab, 1997) online zu beantworten. Das Internet wurde als Medium mit der Absicht herangezogen, über eben dieses die Population exzessiver InternetnutzerInnen als potentiell Befragte erreichen und für die Studienteilnahme gewinnen zu können. Thell (2007) und Gerstl (2007) kreierten einen im Internet frei zugänglichen Online-Fragebogen mittels PHP (Skriptsprache zur Erstellung dynamischer Webseiten). Auf Grund der Verwendung der deutschen Sprache in dem Fragebogen wurden verständlicherweise primär InternetsurferInnen aus dem deutschen Sprachraum angesprochen. Die statistischen Analysen führten zur Konklusion, dass sowohl internetsüchtige als auch internetsuchtgefährdete StudienteilnehmerInnen Defizite bei den eingesetzten Copingstrategien aufweisen. Weiters scheinen sie sich

auch durch ein höheres Ausmaß an Internetcoping auszuzeichnen. Außerdem beschreiben diese beiden Gruppen in Kontrast zu den regulären InternetnutzerInnen sowohl einen Mangel an sozialer Unterstützung als auch an sozialer Integration. Die Ergebnisse spiegeln die Annahmen über mögliche Vulnerabilitätsfaktoren der Internetsucht wider. Die Tatsache, dass internetsüchtige und internetsuchtgefährdete Personen den Internetgebrauch als Copingstrategie einsetzen, um mit Belastungen des alltäglichen Lebens umzugehen, könnte auf einen Mangel an adäquaten Bewältigungsstrategien zurückzuführen sein. Defizite in diesen Bereichen könnten indizieren, dass Coping und mangelnde soziale Unterstützung wesentliche Risikofaktoren für exzessive Internetnutzung darstellen. Die definitive Ursache-Wirkungs-Relation bezüglich der Korrelation von sozialer Einbettung und Internetsucht bleibt weiterhin unklar und bedarf näherer Abklärung.

Lehenbauer (2006) erforschte in einer vom Studiendesign ähnlichen Untersuchung das Phänomen des pathologischen Internetgebrauchs. Dieser wird nach Davis (2001) einerseits von Störungen wie Depression oder Sozialer Phobie begünstigt und andererseits von internetspezifischen maladaptiven Kognitionen aufrechterhalten. Es handelt sich dabei ebenfalls um eine Online-Studie, die primär klinisch-psychologisch ausgerichtet ist. Der Konnex zur Gesundheitspsychologie wird jedoch durch die Berücksichtigung von maladaptiven Kognitionen hergestellt. Zur Erfassung dieser wurde ein eigener Fragebogen erstellt, der sich aus Items zur Fragestellung zusammensetzt, was sich ein internetsüchtiger Mensch denken würde. Anzumerken gilt, dass bereits in einer Vorstudie für dieses Instrument die Möglichkeiten und Vorteile des Internets zunutze gemacht wurden, da als Grundlage einer Faktorenanalyse die ursprünglichen Items von 89 Personen in einer Zeitspanne von zwei Wochen online eingeschätzt wurden. Relevante Studienergebnisse sind im Buchbeitrag von Lehenbauer zu finden.

### **Empowerment**

Pintzinger (2007) ging in einer Online-Studie der Fragestellung nach, ob gesundheitsbezogene Internetnutzung mit Patient Empowerment einhergeht. Außerdem sollte eruiert werden, welche Einstellungen InternetnutzerInnen zu gesundheitsbezogenen Inhalten im Internet verinnerlicht haben. Empowerment, das im Kern so viel wie Selbstbefähigung und -bestimmung oder Autonomiestärkung bedeutet, ist der Oberbegriff für sämtliche Ansätze zur Unterstützung, Identifizierung und Bekräftigung persönlicher Fähigkeiten und Ressourcen von Menschen (Herziger, 2006).

Auf Grund der Fokussierung des Forschungsinteresses ausschließlich auf Personen, die im Internet surfen, betont die Autorin, dass die Methodenwahl auf eine Online-Befragung fällt. Weiters hebt Pintzinger (2007) Vorteile von Online-Research hervor, einerseits Unkompliziertheit in der Datengenerierung, andererseits die Chance, eine ungemein höhere TeilnehmerInnenanzahl durch entsprechende Verweise gewinnen zu können. Trotz alledem weist die Autorin auf Probleme bezüglich der Stichprobenrepräsentativität hin. Die von Pintzinger (2007) eingesetz-

ten Fragebögen wurden mittels HTML in Online-Versionen transformiert mit dem Datenbankverwaltungssystem MySQL im Hintergrund. Bei der technischen Realisierung der Fragebögen wurde laut Angaben der Autorin besonders auf die Benutzerfreundlichkeit (Usability) geachtet. Zum Einsatz kamen ein Fragebogen zur Erfassung soziodemographischer Variablen, des Internetgebrauchs und der Nutzung gesundheitsbezogener Informationen, der Health Care Empowerment Questionnaire (Gagnon, Hébert, Dubé & Dubois, 2006), Making Decisions Scale (Rogers, Chamberlin, Ellison & Crean, 1997) und Attitudes towards Online Health Care (LaCoursiere, 2001).

In der Studie konnte von Pintzinger (2007) herausgefunden werden, dass gesundheitsbezogene Internetnutzung weder in einer Verbesserung noch in einer Verschlechterung der Beziehung zu GesundheitsexpertInnen führt. 69 % der Stichprobe von Pintzinger (2007) nutzen das Medium Internet als Informationsquelle bezüglich Gesundheitsfragen, wenngleich die Inhalte primär als „eher vertrauenswürdig“ angesehen werden. Das meiste Vertrauen wird jedoch den GesundheitsexpertInnen (vor allem den ÄrztInnen) geschenkt, wobei 30 % der Befragten gesundheitsbezogene Webseiten abrufen, um keine/n Ärztin/Arzt konsultieren zu müssen. Anzumerken gilt, dass nur sehr wenige Personen die online gelesenen Inhalte auch tatsächlich mit Fachpersonal des Gesundheitsbereichs besprechen. Gesundheitsbezogenes Empowerment weist keinen signifikanten Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitszustand auf. InternetuserInnen, die gesundheitsbezogene Inhalte als nützlicher und glaubwürdiger einschätzen, weisen höheres gesundheitsbezogenes Empowerment auf als jene InternetsurferInnen, auf die das nicht zutrifft. Personen, die generell mehr Interesse für Gesundheitsfragen an den Tag legen, weisen eine erhöhte Ausprägung hinsichtlich des gesundheitsbezogenen Empowerment auf. Weiteres Ergebnis ist, dass Versuchspersonen mit niedrigerem allgemeinen Empowerment eine positivere Einstellung zu gesundheitsbezogener Internetnutzung zeigen.

### **Gesundheitsverhalten**

Gesundheitsverhalten umfasst sämtliche Verhaltensweisen, die entweder tatsächlich oder auf Grund von persönlicher Überzeugung Einflüsse auf die Gesundheit eines Individuums ausüben, wie z.B. gesunde Ernährung oder körperliche Betätigung (Sutton, 2001). Tatsache ist, dass Webseiten mit gesundheitsbezogenem Schwerpunkt zu den am häufigsten abgefragten Internetseiten zählen. Diese werden entweder von Privatpersonen, ProfessionalistInnen oder BetreiberInnen mit kommerziellem Interesse ins Internet gestellt und betreut (Levy & Strombeck, 2002). Ziel der Online-Studie von Schawill (2008) war eine Charakterisierung und Betrachtung des Gesundheitsverhaltens genau jener Population, die im Internet einschlägige gesundheitsbezogene Informationen abrufen. Verwendete Untersuchungsinstrumente waren unter anderem ein selbst erstellter Fragebogen zu demographischen Angaben und zum Gesundheitsverhalten sowie der Fragebogen zur Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung von Schwarzer und Jerusalem (1995). Schawill (2008)

betont, Online-Research wurde deshalb gewählt, da es die Forschungsthematik implizierte, mittels dieser Methode die Zielgruppe zu erreichen. InternetsurferInnen wurden durch E-Mails sowie durch gepostete Informationen und Links in Foren und Newsgroups auf die Befragung aufmerksam gemacht. Außerdem kam es zum Einsatz so genannter Banner, einer Form von Internetwerbung, die auf Webseiten in Form von kleinen Graphiken mit Kurzinformationen (in diesem Fall: „Universität Wien – Onlinebefragung Gesundheitsverhalten“) eingebettet sind. Bei Anklicken des Banners kommt es zu einer automatischen Weiterleitung zur Startseite der Online-Studie. Um die Motivation zur Befragungsteilnahme zu erhöhen, wurde diese mit einem Gewinnspiel in Form einer Preisverlosung verquickt. Die Versuchspersonen hatten die Möglichkeit, nach der Beantwortung der Fragebögen ihre E-Mail-Adresse zu hinterlassen. Zwecks Gewährleistung des Datenschutzes wurden die Adressen gesondert von den Daten abgespeichert. Daher konnten auf Grund der E-Mail-Adressen keinerlei Rückschlüsse auf die Antworten einer bestimmten Person gezogen werden. Weiters hatten die InternetuserInnen die Möglichkeit, durch das Anklicken eines Kästchens zu bejahen, über das Ergebnis informiert zu werden.

Schawill (2008) fand heraus, dass sich die wichtigsten gesundheitsbezogenen Themen, die im Internet recherchiert werden, um Krankheiten und Symptome drehen. Als wichtigster Grund, der zum Eingeben von gesundheitsbezogenen Begriffen in Suchmaschinen verleitet, wurde folgender genannt: Das Stellen von Krankheitsdiagnosen bei FreundInnen oder bei sich selbst. Es konnte im Rahmen der Studie eine Differenzierung zwischen zwei Gruppen, die sich in der Häufigkeit hinsichtlich der Suche nach gesundheitsbezogenen Informationen unterscheiden, getroffen werden:

#### 1.) *Health Seeker:*

- versuchen in möglichst vielen unterschiedlichen Internet-Quellen an Informationen zu gelangen
- schätzen sich als weniger erfolgreich ein, tatsächlich gute Informationen im Internet zu finden
- finden sie gesundheitsbezogene Internet-Inhalte, so werden diese als glaubwürdiger eingeschätzt
- weisen eine höhere Selbstwirksamkeit bezüglich der Bereiche Ernährung, Bewegung, Rauchen und Gewohnheiten im Alkoholkonsum auf
- zeichnen sich durch mehr Vertrauen gegenüber unterschiedlichen Gesundheitsquellen aus

#### 2.) *Non Health Seeker:*

- stellen weniger häufig im Internet Recherchen zu gesundheitsbezogenen Themen an
- schätzen sich als erfolgreicher ein hinsichtlich der Suche nach gesundheitsbezogenen Internet-Informationen, empfinden diese jedoch nicht als glaubwürdig

## 5. Diskussion und Ausblick

Online-Research, der Oberbegriff für all jene Methoden, die das Internet als Forschungsmedium nutzen, scheint auch für die Fachdisziplin der Gesundheitspsychologie an Relevanz zu gewinnen. Das Internet bietet den Vorteil, ohne hohen finanziellen Aufwand, asynchron, alobal sowie adaptiv und flexibel gesundheitspsychologische Forschung zu betreiben. Nachdem erste Studien zum Vergleich der Datenqualität von Papier-Bleistift- versus Online-Studien Pionierarbeit geleistet haben, scheint nach den überwiegend zufrieden stellenden Befunden der Weg für gesundheitspsychologische Online-Studien geebnet zu sein. Diese scheinen, vor allem im deutschsprachigen Raum, eine immer breitere Akzeptanz zu finden. Das Faktum, dass internetbasierte Forschung immer häufiger in Erwägung gezogen wird, spiegelte sich bereits kurz nach der Jahrtausendwende in einer Studie von Musch und Reips (2000) wider: 29 Web-ExperimentatorInnen wurde die Frage gestellt, ob sie nochmals auf die von ihnen eingesetzte Methode zurückgreifen würden, wobei 70% antworteten, diese Option mit Sicherheit und 30%, diese vielleicht erneut zu nutzen. In der Zwischenzeit liegen schon einige Studien zu gesundheitspsychologischen Modellen, Konstrukten und Theorien, die sich der Möglichkeit der Online-Research bedienen, vor.

Ein Muss für WissenschaftlerInnen ist das Beachten ethischer Aspekte bei Online-Forschung, wie beispielsweise die umfassende Angabe von Informationen und Kontaktmöglichkeiten von Seiten der StudienbetreiberInnen. Der Fokus ist auf den Schutz der involvierten InternetsurferInnen zu richten, und Risiken sind möglichst gering zu halten. Mittlerweile wurden ethische Standards die Online-Research betreffend definiert. Diverse Richtlinien und Empfehlungen sind im Internet zu finden, z.B. auf der Webseite der Ethikkommission für Psychologie der Universität Wien. Da verschiedene Länder in den Gesetzeslagen, z.B. hinsichtlich der Datenschutzrichtlinien, differieren und international gültige und anerkannte Standards fehlen, empfiehlt es sich, auf die jeweiligen länderspezifischen Richtlinien zu achten. Allgemeine ethische Aspekte im Zusammenhang mit traditionellen Erhebungsmethoden müssen auf Online-Research unbedingt übertragen werden, wie z.B. die Gewährleistung der Anonymität der teilnehmenden Versuchspersonen etc.

Neben dem Einsatz gesundheitspsychologischer Verfahren in Studien ist es denkbar, diese im Rahmen von (Einzel-)Online-Diagnostik zu verwenden. Hinzuzufügen ist aber, dass bis dato noch rechtliche und ethische Unsicherheiten hinsichtlich dieser speziellen Online-Dienste bestehen. Sowohl die Formulierung von Ethikrichtlinien und die Entwicklung entsprechender (international gültiger) Gütesiegel als auch die Verabschiedung von Gesetzen zur Regelung der Online-Diagnostik wären denkbare Reaktionen auf die noch offenen Fragen.

Besonders interessant und quasi obligat ist es, gerade dann Online-Research einzusetzen, wenn beispielsweise das Gesundheitsverhalten von InternetnutzerInnen erforscht wird, zumal der überwiegende Teil der InternetsurferInnen gesundheitsbezogene Inputs regelmäßig online abfragt.



Zuletzt sei auf folgendes hingewiesen: Gesundheitspsychologische Online-Research wird aller Wahrscheinlichkeit nach zukünftig einen immer höheren Stellenwert einnehmen.

## 6. Literatur

- AMICHAÏ-HAMBURGER Y. & BEN-ARTZI E. (2003). Loneliness and Internet use. *Computers in Human Behavior*, 19 (1), 71–80.
- ARBEITSKREIS DEUTSCHER MARKT- UND SOZIALFORSCHUNGSINSTITUTE E.V. (ADM), Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V. (ASI), Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V. (BVM) & Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung e.V. (D.G.O.F.). (2001). *Standards zur Qualitätssicherung von Online-Befragungen*. Abgefragt 10.11.2007, von [http://www.adm-ev.de/quali\\_online.html](http://www.adm-ev.de/quali_online.html).
- ARMSTRONG L., PHILLIPS J. G. & SAILING L. L. (2000). Potential determinants of heavier internet usage. *International Journal of Human-Computer Studies*, 53, 537–550.
- BATINIC B. (2004). Online-Research. In: Mangold R., Vorderer P. & Bente G. (Hrsg.), *Lehrbuch der Medienpsychologie* (S. 251–295). Göttingen: Hogrefe.
- BATINIC B. & BOSNJAK M. (2000). Fragebogenuntersuchungen im Internet. In: Batinic B. (Hrsg.), *Internet für Psychologen* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 287–317). Göttingen: Hogrefe.
- BATINIC B., REIPS U.-D. & BOSNJAK M. (2002). *Online social sciences*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- BATINIC B., WERNER A., GRÄF L. & BANDILLA W. (Hrsg.). (1999). *Online Research. Methoden, Anwendungen und Ergebnisse*. Göttingen: Hogrefe.
- BEREKOVEN L., ECKERT W. & ELLENRIEDER P. (2006). *Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung* (11., überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Gabler.
- BIRNBAUM M. H. (1999). Testing critical properties of decision making on the Internet. *Psychological Science*, 10 (5), 399–407.
- BOEHLEFELD S. P. (1996). Doing the right thing: Ethical cyberspace research. *Information Society*, 12 (2), 141–152.
- BORKENAU P. & OSTENDORF F. (1993). *NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae*. Göttingen: Hogrefe.
- BORTZ J. & DÖRING N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Auflage). Heidelberg: Springer.
- BUCHANAN T. & SMITH J. L. (1999). Using the Internet for psychological research: Personality testing on the World Wide Web. *British Journal of Psychology*, 90, 125–144.
- DAVIS R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological Internet use. *Computers in Human Behavior*, 17 (2), 187–195.

- DÖRING N. (1995). *Isolation und Einsamkeit bei Netznutzern? Öffentliche Diskussion und empirische Daten*. Abgefragt 12.11.2007, von <http://sites.inka.de/bigred/misc/netz+einsamkeit.txt>.
- DZEYK W. (2001). Ethische Dimensionen der Online-Forschung. *Kölner Psychologische Studien*, 6 (1), 1–30.
- EICHSTAEDT J. (2001). Reaction time measurement by JAVA-applets implementing Internet-based experiments. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 33, 179–186.
- ELGESEM D. (2002). What is special about the ethical issues in online research? *Ethics and Information Technology*, 4, 195–203.
- ESS C. & AOIR ETHICS WORKING COMMITTEE. (2002). *Ethical decision-making and Internet research: Recommendations from the aoir ethics working committee*. Retrieved November 2, 2007, from <http://www.aoir.org/reports/ethics.pdf>.
- ETHIKKOMMISSION FÜR PSYCHOLOGIE DER UNIVERSITÄT WIEN. (2007). *Ethische Richtlinien für die Psychologische Forschung*. Abgefragt 21.11.2007, von [http://www.univie.ac.at/ethikkommission/richtlinien\\_kurz.php](http://www.univie.ac.at/ethikkommission/richtlinien_kurz.php).
- FESSLER D. M. T. & BARRETT H. C. (2007). The eye on health survey of health-related behaviors. Retrieved November 18, 2007, from <http://www.xba-ucla.com/Haley/EyeOnHealthSurvey/>.
- FYDRICH T., SOMMER G. & BRÄHLER E. (1999). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- FYDRICH T., SOMMER G. & BRÄHLER E. (2007). *Fragebogen zur Sozialen Unterstützung (F-SozU)*. Manual (1. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- GAGNON M., HÉBERT R., DUBÉ M. & DUBOIS M.-F. (2006). Development and validation of an instrument measuring individual empowerment in relation to personal health care: The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ). *American Journal of Health Promotion*, 20 (6), 429–435.
- GERSTL N. S. (2007). *Internetgebrauch im Zusammenhang mit sozialer Integration. Wie Soziale Unterstützung, das Soziale Netzwerk und Einsamkeit das Internetverhalten beeinflussen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- GLOBALPARK GMBH, HÜRTH. (2007). *Online-Forschung*. Abgefragt 12.12.2007, von <http://www.online-forschung.de/>.
- GRÜSSER S. M. (2005). Exzessive Computernutzung im Kindesalter – Ergebnisse einer psychometrischen Erhebung. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 117 (5–6), 188–195.
- HAGGER-JOHNSON G. & WHITEMAN M. (2004). *Health and personality processes: Links explored*. Retrieved November 18, 2007, from <http://www.happle.org.uk/>.
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2001). Internetsucht: Jugendliche gefangen im Netz. In: Raithel J. (Hrsg.), *Risikoverhalten Jugendlicher: Erklärungen, Formen und Prävention* (S. 279–294). Berlin: Leske & Budrich.
- HAHN A. & JERUSALEM M. (2003). Reliabilität und Validität in der Online-Forschung. In: Theobald A., Dreyer M. & Starsetzki T. (Hrsg.), *Online-Marktforschung. Theoretische Grundlagen und praktische Erfahrungen* (2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage) (S. 161–186). Wiesbaden: Gabler.

- HERRIGER N. (2006). *Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer.
- HERTEL G., NAUMANN S., KONRADT U. & BATINIC B. (2002). Personality assessment via Internet: Comparing online and paper-and-pencil questionnaires. In: Batinic B., Reips U.-D. & Bosnjak M. (Eds.), *Online social sciences* (pp. 115–133). Seattle: Hogrefe and Huber Publishers.
- HEWSON C. & CHARLTON J. P. (2005). Measuring health beliefs on the Internet: A comparison of paper and Internet administrations of the Multidimensional Health Locus of Control Scale. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 37 (4), 691–702.
- HEWSON C. M., LAURENT D. & VOGEL C. M. (1996). Proper methodologies for psychological and sociological studies conducted via the Internet. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28 (2), 186–191.
- KANDELL J. J. (1998). Internet addiction on campus. The vulnerability of college students. *CyberPsychology & Behavior*, 1 (1), 11–17.
- KANTOR J. (1991). The effects of computer administration and identification on the Job Descriptive Index (JDI). *Journal of Business and Psychology*, 5 (3), 309–323.
- KRAMPE G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- KRANTZ J. H. (2007). *Psychological research on the net*. Retrieved November 18, 2007, from <http://psych.hanover.edu/research/exponnet.html>.
- KRANTZ J. H. & DALAL R. S. (2000). Validity of web-based psychological research. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological experiments on the Internet* (pp. 35–60). San Diego, CA: Academic Press.
- KRAUT R., OLSON J., BANAJI M., BRUCKMAN A., COHEN J. & COUPER M. (2003). *Psychological research online: Opportunities and challenges. Report prepared for the American Psychological Association*. Retrieved October 28, 2007, from <http://www.apa.org/science/bsaweb-agcri.html>.
- KRAUT R., OLSON J., BANAJI M., BRUCKMAN A., COHEN J. & COUPER M. (2004). Psychological research online. Report of board of Scientific Affairs' advisory group on the conduct of research on the Internet. *American Psychologist*, 59 (2), 105–117.
- KUBINGER K. D. (2006). *Psychologische Diagnostik. Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens*. Göttingen: Hogrefe.
- LACOURSIERE S. (2001). Development and evaluation of an instrument to measure attitudes toward online health care (ATOHC). *Proceedings of the Annual Health Care Information and Management Systems Society Conference & Exhibition*, 4, 1–16.
- LEHENBAUER M. (2006). *Pathologischer Internetgebrauch und Sozialphobie: Spezifische maladaptive Kognitionen*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- LEVY A. J. & STROMBECK R. (2002). Health benefits and risks of the Internet. *Journal of Medical Systems*, 26 (6), 495–510.
- LIENERT G. A. & RAATZ U. (1998). *Testaufbau und Testanalyse* (6. Auflage). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- LIPPE P. VON DER & KLADROBA A. (2002). Repräsentativität von Stichproben. *Marketing*, 24, 227–238.

- MERZ J. (1986). SAF: Fragebogen zur Messung von dispositioneller Selbstaufmerksamkeit. *Diagnostica*, 32, 142–152.
- MÖLLER (1998). *Anonymisierung von Internet-Diensten*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Hamburg.
- MUSCH J. & REIPS U. (2000). A brief history of web experimenting. In: Birnbaum M. H. (Ed.), *Psychological Experiments on the Internet* (pp. 61–88). San Diego, CA: Academic Press.
- NIESING A. (2000). *Zusammenhang des Persönlichkeitsmerkmals Impulsivität und Internetsucht*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Technische Universität Berlin.
- OTT R. & EICHENBERG C. (2002). Das Internet und die Klinische Psychologie. Schnittstellen zwischen einem neuen Medium und einem psychologischen Anwendungsfach. *Psychotraumatologie*, 3 (4), 44.
- PINTZINGER N. (2007). „Patient Empowerment“ durch gesundheitsbezogene Internetnutzung? Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- REIPS U.-D., MORGER V. & MEIER B. (2001). „Fünfe gerade sein lassen“: Listenkontexteffekte beim Kategorisieren. Abgefragt 18.11.2007, von [http://www.psychologie.unizh.ch/sowi/reips/papers/re\\_mo\\_me2001.pdf](http://www.psychologie.unizh.ch/sowi/reips/papers/re_mo_me2001.pdf).
- ROGERS E. S., CHAMBERLIN J., ELLISON M. L. & CREAN T. (1997). A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. *Psychiatric Services*, 48 (8), 1042–1047.
- SCHAWILL W. (2008). *Gesundheitsverhalten von Internetusern*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- SCHULZ U. & SCHWARZER R. (2003). Soziale Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung. Die Berliner Social Support Skalen (BSSS). *Diagnostica*, 49, 73–82.
- SCHWAB R. (1997). *Einsamkeit: Grundlagen für die klinisch-psychologische Diagnostik und Intervention*. Bern: Hans Huber.
- SCHWARZER R. (1997). *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2., überarbeitete und erweiterte Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- SCHWARZER R., GREENGLASS E. & TAUBERT S. (1999) *Proaktives Coping*. Abgefragt 12.12.2007, von [http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/hauptteil\\_pci\\_-\\_deutsche\\_testv/hauptteil\\_pci\\_-\\_deutsche\\_testv.htm](http://web.fu-berlin.de/gesund/skalen/hauptteil_pci_-_deutsche_testv/hauptteil_pci_-_deutsche_testv.htm).
- SCHWARZER R. & JERUSALEM M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scale. In: Weinman J., Wright S. & Johnston M. (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- STANTON J. M. (1998). An empirical assessment of data collection using the internet. *Personnel Psychology*, 51 (3), 709–725.
- STETINA B. U. (2005). *Exploration von „Hidden Populations“ am Beispiel Freizeitdrogenkonsum. Eine psychologische Online-Studie über das Potential des Internet in der Drogenforschung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Wien.
- SUTTON S. R. (2001). Psychological theories of health behavior. In: Smeser N. J. & Baltes P. B. (Eds.), *The international encyclopedia of social and behavioral sciences* (pp. 6499–6506). Oxford: Elsevier.
- TEER J. & FRYE N. (2006). *Perceptions of social support in patients with cancer*. Retrieved November 19, 2007, from <http://myweb.liu.edu/%7Enfryerresearch/teer/consent.htm>.

- THELL S. (2007). *Internetgebrauch, Coping und Selbstwirksamkeit: eine Online-Studie zu Risikofaktoren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- WALLSTON K. A. & WALLSTON B. S. (1981). Health locus of control scales.  
In H. M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct: Vol. 1. Assessment methods* (pp. 189–243). New York: Academic Press.
- WIKIPEDIA. (2004). *Überblicksarbeiten zu Methoden der Online-Forschung*. Abgefragt 02.12.2007, von <http://wiki.pruefung.net/Wiki/OnlineForschung>.
- YOUNG K. S. (1998). *Caught in the net: How to recognize the signs of Internet addiction – and a winning strategy for recovery*. New York: John Wiley & Sons.

# VI.

## Anhang

# Anhang

## Links der Anbieter von Online-Interventionen

### (A) Im deutschsprachigen Raum

#### 1. Privat

<http://www.psychotherapeutonline.at/default.htm>  
<http://www.altentherapie-online.de/onlinetherapie/index.html>  
<http://www.btonline.de/>  
<http://www.onlineberatung-therapie.de/>  
<http://www.therapie-online.net/>  
<http://www.psychotherapie-net.de/index.html>  
<http://www.leipzig-therapie.de/online%20therapie.html>  
<https://www.paarberatung.ch/10.php?m=10&s=10>  
<http://www.psychohelp.at/>  
<http://www.psychotherapiepraxis.at/online-beratung.phtml>  
[http://www.panikattacken.at/online\\_beratung/onlineberatung.htm](http://www.panikattacken.at/online_beratung/onlineberatung.htm)  
<http://www.energetic.at/online.html>  
<https://offen4you.com/cgi-bin/web.cgi?id=ho&ad=>  
<http://www.internetpraxis.com/>  
<https://www.beranet.de/extern/start/index.php?&id=664>

#### 2. Arbeitsgruppe

<http://www.psychologe.de/?pid=18>  
[http://www.psyonline.at/go.asp?sektion=online\\_anfragen&rkarte=anfragen\\_neueanfrage&bereich\\_id=9001&subbereich\\_id=0](http://www.psyonline.at/go.asp?sektion=online_anfragen&rkarte=anfragen_neueanfrage&bereich_id=9001&subbereich_id=0)  
<http://www.online-beratung.ch/>

## ANHANG

### 3. Universität

<http://www.theratalk.de/index.html>  
[https://www.beranetplus.de/?mos\\_change\\_template=designrxo1\\_ukm&option=com\\_beranet&Itemid=15](https://www.beranetplus.de/?mos_change_template=designrxo1_ukm&option=com_beranet&Itemid=15)  
<http://www.selbsthilfe-therapie.de/Home/>

### 4. Vereine (private)

<https://www.beranet.de/extern/start/?id=578&in=popup>

### 5. Gemeinnützige Vereine

<http://www.jugendservice.at/jugendservice/onlineberatung.html>  
<https://www.onlinedrogenberatung.at/hallo.php>  
<http://www.fgz.co.at/Online-Beratung.35.o.html>  
<http://www.pmooe.at/sitex/index.php/page.12/>  
<http://www.vol.at/specials/ifs>  
<http://www.beratung-caritasnet.de/>  
[http://www.aidshilfe-beratung.de/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=43](http://www.aidshilfe-beratung.de/index.php?option=com_frontpage&Itemid=43)

## (B) Im englischsprachigen Raum

### 1. Privat

<http://www.headworks.com/mail1.htm>  
<http://www.cybertherapy.com/>  
<http://members.aol.com/stofle/index.htm>  
<http://therapyave.com/>  
<http://www.wapsychiatry.com/>  
<http://www.marriagematters.com>  
<http://www.personal-counselor.com/>  
<http://www.GetHelpOnline.org>  
<http://www.familytherapynet.com/>  
<http://www.gaytherapistonline.com/>  
<http://psychologist-online.com/>  
<http://www.counselingnet.com/main.html>  
<http://www.helpyourselftherapy.com/>  
<http://www.counseling-online.net/>



<http://www.billhaddock.com/>  
<http://counselme.com>  
<http://www.aplacetotalk.com/>  
<http://www.mhsource.com/expert/>  
<http://www.in-two-one.com/>  
<http://www.loveadvice.com/>  
<http://www.geocities.com/HotSprings/Spa/7762/>  
<http://www.geocities.com/counselpro/ProfessionalOnlineCounseling.html>  
<http://serenityonlinetherapy.com/>  
<http://www.sunrisecounselling.com/index.html>  
<http://www.sexology.org/>  
<http://www.e-mailtherapy.com/index.html#ANCHOR1>  
<http://www.etherapycenter.com/index.htm>  
<http://www.licensedcounselor.com/>  
<http://jassytimberlake.com/etherapy.xml>  
[http://www.kalimunro.com/online\\_counseling.html](http://www.kalimunro.com/online_counseling.html)  
<http://www.joanlachkarphd.com/asp/onlinetherapy.asp>  
<http://www.therelationshipspecialists.com/index.htm>  
<http://onlineaddictiontherapy.com/?110000>  
<http://www.gracetreecounseling.com/OnlineCounselingService.htm>  
<http://www.proventherapy.com/Clients/Therapist.aspx>  
<http://www.counseling-online.net/index.html>  
[http://www.aphroditewomenshealth.com/news/online\\_counseling.shtml](http://www.aphroditewomenshealth.com/news/online_counseling.shtml)  
<http://www.counsellingsolution.com/>  
<http://www.onlinetherapist.co.za/?>  
<http://www.counselingandlifeskills.com/index.htm>  
<http://wisewomanretreats.com/>  
<http://www.affordablecounselingservices.com/index.html>  
<http://www.elevated.fsnet.co.uk/index-page15.html>  
<http://www.onlinecounselling.co.uk/>  
<http://www.onlinecounsellor.co.uk/>  
<http://www.edotcounsellor.com/>  
<http://www.counselloronline.co.uk/>  
<http://www.gjcounselling.co.uk/>  
<http://www.sarahcalothis.co.uk/>  
<https://www.makethechange.com.au/counselling.jsp>  
[http://www.confidant.com.au/all\\_services.htm](http://www.confidant.com.au/all_services.htm)  
<http://www.freewebs.com/carecounselling/>  
<http://www.counsellingchangeslives.com/online.html>  
<http://www.frangipanihouse.com/onlinecounselling.html>  
[https://www.daleecounsel.com.au/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](https://www.daleecounsel.com.au/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)  
[https://www.daleecounsel.com.au/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](https://www.daleecounsel.com.au/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1)  
<http://www.onlinecounselingonlinecounseling.com/?gclid=CO6O6fHih5ECFQIJZwodeBm6-g>

## ANHANG

<http://www.coconutcounselling.com/counselling/index.htm>  
<http://www.onlinecounsellingandsupervision.co.uk/>

### 2. Arbeitsgruppe beziehungsweise E-Therapy Clinics

<http://www.bridgecounseling.com/>  
<http://www.netcounselors.com/>  
<http://www.mytherapynet.com/>  
<http://www.find-a-therapist.com/>  
<http://www.thecounselors.com/>  
<http://www.onlineclinics.com/>  
<http://www.4etherapy.com/>  
[http://ethera.ownspot.com/23996\\_29901.asp](http://ethera.ownspot.com/23996_29901.asp)  
<http://www.therapyonline.ca/services2clients.htm>  
<http://www.neuroticplanet.com/onlinetherapy.php>  
<http://www.asktheinternettherapist.com/e-therapy.asp>  
<http://www.onlinecounseling.org/>  
<http://www.crosscreekcounseling.com/>  
<http://www.kasamba.com/experts/professional-counseling/p1-sortby-9/?desid=22&img=30&kbid=2590>  
<http://www.healthyplace.net/ccl/page2.htm>  
<http://www.cocooncounselling.com/home.htm>  
<http://www.talktoacounsellor.co.uk/>  
<http://acto-uk.org/>

### 3. Vereine (private)

<http://www.counselingpros.com/>  
<http://www.family-counseling.org/online.html>  
<http://www.relationshiphelponline.com.au/>  
<http://counselling.afme.org.uk/content.php?ID=2>

### 4. Gemeinnützige Vereine

<http://www.samaritans.org>  
<http://www.counsellingonline.org.au/en/Default.aspx>  
<http://www.fijiwomen.com/index.php?id=694>

## (C) Elektronische Seiten von Online-Gesellschaften

### 1. Österreich

Österreichische Gesellschaft für online Beratung, <http://www.oegob.net/index.php?id=51>

### 2. Deutschland

Deutsche Gesellschaft für online Beratung, <http://p23894.typo3server.info/>

### 3. Schweiz

Schweizerische Gesellschaft für Psychologie, <http://www.ssp-sgp.ch/>

### 3. England

British Association for Counselling and Psychotherapy, <http://www.bacp.co.uk/>

### 4. USA

International Society For Mental Health Online, <http://www.ismho.org/builder/?p=page&id=214>

### 5. Kanada

Canadian Psychological Association,  
<http://www.cpa.ca/aboutcpa/boardofdirectors/committees/ethics/ethicsconsultation/>

## Anhang

# Autorenverzeichnis

**Berger, Thomas, Dr. phil.**

Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie,  
Universität Bern  
Gesellschaftsstrasse 49  
3012 Bern  
Schweiz

**Blinka, Lukáš, M.A.**

Faculty of Social Studies  
Masaryk University  
Jostova 10  
602 00 Brno  
Tschechische Republik

**Drobetz, Reinhard, Mag.**

Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

**Eichenberg, Christiane, Dr.**

Institut für Klinische Psychologie & Psychologische Diagnostik –  
Klinische Psychologie und Psychotherapie Universität zu Köln  
Höninger Weg 115  
50969 Köln  
Deutschland

## ANHANG

**Karwautz, Andreas, Univ. Prof. Dr. med.univ.**

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters,  
Ambulanz für Essstörungen  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18–20  
1090 Wien  
Österreich

**König, Dorothea, Mag.**

Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

**König, Marianne, Mag., MSc**

Universitätsklinik für Kinder und Jugendheilkunde,  
Währinger Gürtel 18–20  
1090 Wien  
Österreich

**Kryspin-Exner, Ilse, Univ. Prof. Dr.**

Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

**Lehenbauer, Mario, Mag.**

Lehr- und Forschungspraxis des Ordinariats Klinische Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

**Maercker, Andreas, Prof. Dr. phil. Dr. med.**

Abteilung für Psychopathologie und Klinische Interventionen,  
Universität Zürich  
Binzmühlestr. 14 Box 17  
8050 Zürich  
Schweiz

**Oppenauer, Claudia, Mag.**

Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

**Roth, Roswith, Univ. Prof. Dr.**

Institut für Psychologie,  
Universität Graz  
Universitätsplatz 2/III  
8010 Graz  
Österreich

**Ševčíková, Anna, M.A.**

Faculty of Social Studies  
Masaryk University  
Jostova 10  
602 00 Brno  
Tschechische Republik

**Šmahel, David, Assoc. prof., MSc, PhD**

Faculty of Social Studies  
Masaryk University  
Jostova 10  
602 00 Brno  
Tschechische Republik

**Sofianopoulou, Anastasia, MSc**

Lehr- und Forschungspraxis des Ordinariats Klinische Psychologie,  
Universität Wien, und Department of Philosophy, Pedagogics and Psychology,  
National and Kapodistrian University of Athens  
Panepistimiopolis  
Athens, 157 84  
Griechenland

**Soucek, Roman, Dr.**

Lehrstuhl für Psychologie, insbes. Wirtschafts- und Sozialpsychologie,  
Universität Erlangen-Nürnberg  
Lange Gasse 20  
90403 Nürnberg  
Deutschland

## ANHANG

### **Stetina, Birgit U., Dr.**

Lehr- und Forschungspraxis des Arbeitsbereiches Klinische Psychologie,  
Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

### **Strassnig, Barbara, Mag.**

Fakultät für Psychologie  
Universität Wien  
Liebiggasse 5  
1010 Wien  
Österreich

### **Veselá, Martina, M.A.**

Faculty of Social Studies  
Masaryk University  
Jostova 10  
602 00 Brno  
Tschechische Republik

### **Wagner, Birgit, Dr. phil.**

Abteilung für Psychopathologie und Klinische Interventionen,  
Universität Zürich  
Binzmühlestr. 14 Box 17  
8050 Zürich  
Schweiz

### **Wagner, Gudrun, Mag. rer. nat.**

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters,  
Ambulanz für Essstörungen  
Medizinische Universität Wien  
Währinger Gürtel 18–20  
1090 Wien  
Österreich

# Index

## Symbole

(Internet-)Coping, Selbstwirksamkeitserwartungen und soziale Unterstützung 310

## A

Abhängigkeit 235  
 Accessibility 46  
 Anonymität 290  
 asynchrone Kommunikation 60  
 Autoimmunerkrankung 158

## C

Compliance 76, 77, 81  
 Cyberromanzen 94, 105  
 Cyberseksucht 85, 94, 95, 96, 97  
 Cyberslacking 266

## D

Design for All 40  
 Diabetesmanagements 160  
 Diabetes mellitus 157  
 Diathese-Stress-Modell 264  
 Digital Divide 47  
 Drop-Out 285, 289

## E

E-Health 162  
 elektronisches Diabetesschulungsprogramm 163  
 E-Mail-Kommunikation 57  
 E-Mail-Richtlinien 66



## INDEX

E-Mail-Therapie 121  
Empowerment 311  
Enthemmungseffekt 123  
e-patients 79  
Ethische Aspekte 298

## G

geleitete Selbsthilfe 117  
Geschlechtsidentität 90, 104  
Gesundheitswesen 212  
Goldbricking 266  
Gütesiegel 221

## H

Health Beliefs 307  
HONcode 78

## I

Identitätsdarstellung 91  
Incentives 288  
Informationsüberlastung 58  
Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) 40  
Insulin 158  
Internetnutzung 45  
Internetspezifische Maladaptive Kognitionen 265  
Internetsucht 94, 95, 261  
InternetSucht 95

## K

Kognitionen 264  
Kommunikation 237  
körperliche Scham 123

## M

mediale Reichhaltigkeit 60  
motivorientierte Beziehungsgestaltung 80

## N

Neue Medien 39  
nonverbale Signale 122

## O

Online-Apotheken 209  
 Online-Beratung 86, 88, 122, 175  
 Online-Beziehungen 237  
 Online-Diagnostik 305  
 Online-Dienstleistungen 176  
 Online-Interventionen 171  
 Online-Research 297  
 Online-Selbsthilfegruppen 178  
 Online-Sex 85, 86, 104, 106, 246  
 Online-Spiele 236  
 Online-Therapie 122, 172  
 Over-the-Counter 209

## P

partnerschaftliche Entscheidungsfindung 76  
 PatientInnenschulung 162  
 Pornographie 246  
 Prävention 208  
     Prävention von Essstörungen 125  
 Problematischer Internetgebrauch 262

## Q

Qualität von Online-Research 302  
 Qualitätskriterien 221  
 Qualitätssicherung 184

## R

Rekrutierung 286, 287  
 Repräsentativität 286  
 Risikobereitschaft 224  
 Rollenverständnis von Patienten 74  
 Rückfallprophylaxe 125

## S

Selbstexploration 91, 92, 107  
 Selbsthilfe 117  
 Selbsthilfeforen 74  
 Selbstmanagements 161  
 Selbstwirksamkeit 161, 218  
 Sexualbezogene Diskussionsforen 87  
 Sexualbezogene Informationsangebote 86  
 Sexualbezogene Internetnutzung 93, 104

## INDEX

Sexualverhalten 100  
Soziale Erwünschtheit 289, 290  
Stichprobenrepräsentativität 285

## T

therapeutische Beziehung 122

## U

Usability 46

## V

Versandapotheken 222  
Vulnerabilitäts-Stress-Modell 264

## W

Web 2.0 78, 79